

CESALTINA FILOMENA SILVA RIBEIRO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**DUPLO PADRÃO SEXUAL E CONHECIMENTO
DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
NOS ESTUDANTES AFRICANOS EM BRAGA**

2009

UNIVERSIDADE DO MINHO

Dissertação apresentada à Universidade do Minho para obtenção do grau de Mestre no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia – Especialização em Psicologia da Saúde – sob orientação do Prof. Doutor José Cruz e co – orientação da Prof. Doutora Conceição Nogueira.

Agradecimentos

Aos professores Doutora Conceição Nogueira e Doutor José Cruz, meus orientadores, por me terem guiado num processo de aprendizagem de excelência, por me terem apoiado neste percurso académico, e por, acima de tudo serem profissionais excepcionais com valores humanos.

Aos meus conterrâneos (alunos de PALOP) que aceitaram colaborar comigo nesta investigação, sem a sua participação não seria possível realizar este trabalho.

À Universidade do Minho que permitiu o realizar uma etapa da minha vida académica.

Aos meus amigos que de uma forma directa ou indirecta apoiaram-me neste percurso académico.

Por último, mas não o menos importante, à minha família que de uma forma incondicional sempre esteve do meu lado e pelos longos anos de espera.

À minha mãe, dedico este trabalho.

Resumo

A modificação do comportamento de risco e o estudo dos factores psicossociais associados a esses comportamentos têm vindo a assumir um papel de grande importância no domínio da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Contudo, têm sido vários os factores, nomeadamente de carácter social e psicossocial relacionada com as práticas de comportamentos sexuais de risco. São disso exemplo as normas sociais que ditam o comportamento sexual mais indicado para homens e para as mulheres (duplo padrão sexual) e, por outro lado, os factores relacionados com a adopção de comportamentos e estratégias de protecção contra as DST`s e o HIV/SIDA. Este estudo teve como objectivo principal verificar a relação entre o duplo padrão sexual e o conhecimento das DST`s. Ou seja, pretende-se ver como a influência do duplo padrão e dos estereótipos sociais influenciam o comportamento e prática sexual, os conhecimentos, atitudes e crenças dos jovens africanos (PALOP) estudantes da Universidade do Minho e da Universidade Católica Portuguesa de Braga. A amostra foi constituída por 107 participantes, predominantemente do sexo feminino (n=64) e masculino (n=43) com a idade compreendida entre os 17 e os 30 anos. Este estudo centrou a atenção numa população de jovens adultos com características específicas: “estudantes africanos”.

Os instrumentos utilizados foram a Escala do Duplo Padrão Sexual, traduzido e adaptado a população portuguesa por Nogueira, 2008 e o Questionário do Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis adaptado a população portuguesa por Cruz e Nogueira, 2007. Os resultados obtidos apontaram para: a) a existência de um duplo padrão sexual tradicional; b) a não existência de relações significativas entre o grau de conhecimentos e as outras variáveis psicossociais; e c) um baixo nível do conhecimento das DST`s. Este estudo parece revelar-se de uma importância fundamental para a intervenção e prevenção das DST`s em particular do HIV/SIDA. Também parece evidenciar a potencial ineficácia de programas de prevenção das DST`s centrados único e exclusivamente na transmissão de conhecimentos, como sendo um único indicador da eficácia dos programas de prevenção e mudanças de atitudes e comportamentos.

Palavras-chave: duplo padrão sexual, comportamento sexual de risco, doenças sexualmente transmissíveis.

Abstract

The change behaviour of risk and the study of psychosocial factors associated with these behaviours have assumed a key role in the prevention of sexually transmitted diseases (STD's). However, there have been several factors, including psychosocial and social practices related to sexual risk behaviour. These include social norms governing sexual behaviour more suitable for men and for women (sexual double standard) and, secondly, factors relating to the adoption of behaviours and strategies for protection against STDs and HIV/AIDS. This study had as main objective to investigate the relationship between the sexual double standard and knowledge of STD's. Or is to see how the influence of double standards and stereotypes influence the social behaviour and sexual practice, knowledge, attitudes and beliefs of young African (PALOP) students of the University of Minho and the Catholic University of Braga. The sample consisted of 107 participants, predominantly female (n = 64) and male (n = 43) with ages between 17 and 30 years of age. This study focused attention on a population of young adults with special features: "African students."

The instruments used were the Scale of the Sexual Double Standard, translated and adapted the Portuguese population by Nogueira, 2008 and the Questionnaire of Knowledge of Sexually Transmitted Diseases adapted the Portuguese population by Cruz and Nogueira, 2007. The results pointed to: a) the existence of a traditional sexual double standard, b) the absence of significant relationships between the degree of knowledge and other psychosocial variables, and c) a low level of knowledge of STD's. This study seems to prove to be of fundamental importance for intervention and prevention of STD's in particular HIV / AIDS. It seems evident the potential ineffectiveness of programs for prevention of STD's unique and focused exclusively on the transmission of knowledge, as one indicator of the effectiveness of prevention programs and changes in attitudes and behaviour.

Key-words: sexual double standard, risk sexual behaviour, sexually transmitted diseases.

Índice

Agradecimentos	3
Resumo	4
Abstract	5
Introdução	7
Duplo Padrão Sexual	9
Doenças Sexualmente transmissíveis	14
SIDA	16
HPV	17
Sífilis	17
Clamídia	18
Gonorreia	18
Herpes Genital	19
Comportamento Sexual de Risco	19
Objectivos do estudo	22
Método	22
Amostra	22
Procedimentos	23
Instrumentos e Medidas	24
Resultados	25
Discussão e Conclusões	40
Referências	46

Introdução

Na sociedade actual, as mulheres estão frequentemente em desvantagem em relação aos homens, em diversas áreas da vida social. Só como título de exemplo, na política encontra-se mais homens do que mulheres, há mais mulheres em desemprego do que os homens, há mais mulheres com baixa habilitação literária em relação aos homens, assim como há mais famílias monoparentais. Estas diferenças retratam a existência de papéis considerados mais adequados em função de ser homem ou mulher. Assim, muitas sociedades determinam que os homens e as mulheres agem, comportam e assumam papéis diferentes conforme a definição cultural e as normas sociais (Shaffer, 1994, in Magalhães, Chaves & Nogueira, 2007). Neste sentido, os homens e as mulheres estão tradicionalmente sujeitos a normas sociais que determinam o seu comportamento sexual com base nas estereotípias sociais (Loxley, 1996, in Magalhães, *et al.*, 2007).

Na sociedade contemporânea acredita-se amplamente que as mulheres e os homens possuem padrões diferentes de comportamento sexual (Milhausen & Herold, 2001, in Marks & Fraley, 2005). Autores como Barash e Lipton, 2001 (in Marks & Fraley, 2005) afirmam que, “um homem que é bem-sucedido com muitas mulheres é susceptível a ser visto como tal – bem-sucedido, e uma mulher conhecida por ter sucesso com muitos homens é provável que seja conhecida como uma prostituta”. A opinião de que os homens são socialmente recompensados e de que as mulheres são socialmente derogadas pela actividade sexual, tem vindo a ser identificada em muitos estudos. A perspectiva do construcionismo social defende que, este paradigma da dualidade e da dicotomia entre os géneros estende-se a vários domínios da vida humana, em particular a sexualidade que deste modo pode ser entendida como uma construção histórico-cultural, uma vez que o comportamento sexual, tal como outros comportamentos humanos são delimitados pelas normas sociais e culturais dominantes, que impõem determinados padrões de comportamentos sexuais. Isto é, os padrões dos comportamentos sexuais, que regulam a vida sexual dos homens e das mulheres, podem assumir significados diferentes consoante a cultura e o período histórico em que foram definidos (Ramos, Carvalho & Leal, 2005). Esta perspectiva rejeita a “sexualidade” como um fenómeno universal ou como uma força natural, concebendo-a fundamentalmente, como um sistema de significados que organiza as interações e o acesso ao poder e aos recursos. Contudo, mais do que uma experiência resultante de variáveis biológicas e psicológicas, a sexualidade é concebida como resultante das particularidades da sociedade local e do modo como esta define expectativas e oportunidades. Neste sentido, esta perspectiva chama a atenção para o modo como as autoridades científicas, nomeadamente a investigação e a teoria sobre a sexualidade, e os meios de comunicação social, por exemplo, promovem determinadas construção da sexualidade,

definindo aspectos importantes como por exemplo, o período etário de maior actividade sexual, como a sexualidade se relaciona com o casamento, como se delimita o que é apropriado para a mulher e para o homem em termos sexuais e quais as condições sociais que definem a sexualidade como uma questão de saúde (Tiefer, 2000; Travis & White, 2000, in Saavedra, Magalhães, Soares, Ferreira & Leitão, 2007).

Assim, as desigualdades de género reforçam a vulnerabilidade ampliada das mulheres e compreendem o acesso difícil a bens materiais e imateriais como a educação e a uma remuneração adequada bem como da adopção ou não de medidas preventivas relativas à manutenção e promoção de saúde e acesso aos serviços de saúde (Bastos, Cunha & Hacker, 2005). Contudo, a ideia de que o género informa ou mantém relação estreita com a vivência e representação da sexualidade por homens e mulheres tem sido foco de atenção em muitos estudos. Entretanto, é de referir que isto se dá desde a formação das identidades, das expectativas em relação ao comportamento sexual, condicionando a trajectória das vivências sexuais, onde as negociações não se deslocam das relações assimétricas entre estes/as (Alves, 2003).

Desta feita, a construção social do género e da sexualidade do ponto de vista do poder e da desigualdade, permite perceber como as práticas sexuais entre jovens são mais do que meros encontros de duas pessoas pensadas individualmente. Existe uma representação dinâmica de poder, de simbolismo assimétrico por parte delas em que se jogam as ideologias do género e a adesão ou resistência e ambivalência diante da masculinidade e da feminilidade. É o caso do duplo padrão sexual que obriga muitas mulheres a frequentemente acreditar que se devem conformar com os padrões societários vigentes relativos aos valores e a moralidade, deixando de lado os seus próprios desejos (Nogueira, 2001).

Um dos aspectos importantes que chamou a atenção da importância do duplo padrão sexual advém do facto de ter um grande impacto na formação da identidade sexual do indivíduo, uma vez que a sua internalização pode constituir uma fonte de auto-avaliação por parte das mulheres e dos homens (Crawford; Popp, 2003, in Nogueira, Saavedra & Costa, 2008). Contudo, actualmente têm surgido mudanças na forma como as mulheres agem e são percebidas, nomeadamente através de um enfraquecimento do duplo padrão sexual, devido ao movimento das mulheres e à dita “revolução sexual”. Entretanto, apesar desta tentativa de mudança mais igualitária dos padrões de comportamento sexual, as condições sobre as quais determinadas atitudes são aceitáveis mantêm-se algo diferentes para os homens e para as mulheres (Crawford & Popp, 2003).

Duplo Padrão Sexual

O fenómeno de duplo padrão sexual tem sido estudado por diferentes autores desde a década de 50, até actualidade. Um dos investigadores pioneiros neste campo foi Ira Reiss, no seu estudo “*The Double Standard in Premarital Sexual Intercourse: A Neglected Concept*” (1956), (o duplo padrão na relação sexual pré-marital: um conceito negligenciado), em que o foco do seu estudo foi conceber um conceito ortodoxo de duplo padrão, no qual as mulheres eram proibidas de ter relações sexuais pré-nupciais, mas, contudo, era permitido aos homens. A partir desta definição, este termo foi usado e aplicado por muitos investigadores em diversas formas, mas com uma única particularidade em comum: todos eles se referem a discrepância entre as normas de comportamento sexuais dos homens e das mulheres.

O duplo padrão sexual tem sido entendido como normas sociais que determinam uma maior liberdade sexual para os homens e que a sociedade aceita e tolera determinados comportamentos sexuais deles, enquanto, estes mesmos comportamentos não são aceites e tolerados para as mulheres (Gentry, 1998). Um outro autor defende ainda que o duplo padrão sexual faz com que as normas sexuais são diferentes, pelo que são quase sempre aplicadas normas sexuais mais duras e restritivas para as mulheres (Muehlenhard, 2003). Assim, as normas sociais defendem que as diferenças comportamentais sexuais para mulheres e homens, é que para as mulheres é esperado que elas tenham os seus comportamentos sexuais num compromisso relacional, enquanto nos homens é esperado que tenham comportamentos sexuais independentemente de uma relação estabelecida (Greene & Faulkner, 2005). Analisando estes conceitos e operacionalizando estas definições, pode-se inferir a especificidade com que isto é aplicado a um contexto específico e de interesse de investigação.

Por exemplo, a sequência de uma relação pré-nupcial, a idade da primeira relação sexual, o número de parceiros até agora, e assim por diante, bem como perceber que as medidas tomadas em conjunto são diferentes, mas complementares no mesmo aspecto (eles reflectem diversos recursos para o mesmo problema). Além disso, um ponto central destas definições é a prevalência de critérios negativos para as mulheres como sempre tendo “menos” coisas ou serem “menos” qualquer coisa que os homens. Neste sentido, podemos afirmar que tradicionalmente a maior parte do tempo, as normas do duplo padrão invocam por si só percepções negativas até mesmo quando são contextualmente destacadas, fazendo com que o simples uso de termo, automaticamente se associa às disparidades existentes nos comportamentos de género, sendo as mulheres prejudicadas (Smith, 2007).

Assim, estas regras sociais determinam o comportamento sexual da mulher como sendo mais conservadora do que dos homens (por exemplo, as mulheres têm de estar apaixonadas para

ter uma relação sexual e têm que ter menos parceiros sexuais, enquanto que os homens não levam isso muito em consideração) (Lavanna & Riedmann, 1997, in Kelly & Bazzini, 2002). Uma sociedade onde existe o duplo padrão sexual restrito, isto é, onde avaliam de forma negativa o comportamento sexual feminino, talvez seja a informação de que algumas mulheres têm violado estas normas sociais (mulheres com maior experiências nas actividades sexuais) que seja utilizado como base para o julgamentos das mulheres em outros domínio de comportamento, principalmente nas áreas que envolvem outros estereótipos das mulheres tal como aquelas que vivem em torno da tradição e da assertividade (Gentry & College, 1998). Contudo, para os homens, o nível da actividade sexual não se encontra relacionado com algumas percepções sociais, ou seja, a informação sobre o nível da actividade sexual dos homens pode ser menos útil, se generalizamos a outros domínios, por exemplo, os homens têm em primeiro lugar mais flexibilidade no seu comportamento sexual, além disso, as avaliações dos aspectos físico e social sugerem que as mulheres e os homens fazem uso da informação sobre o comportamento sexual de forma diferente, quando se percebe o quão agradável ou atraente é uma pessoa (*Idem*, 1998).

Entretanto, é importante considerar o contexto cultural relativamente ao género e sexualidade. De acordo com Crawford e Popp (2003), as normas variam entre as subculturas e individualidade dentro das subculturas. Assim, Tolman, Striepe e Harmon (2003), desenvolveram um modelo de saúde sexual para raparigas adolescentes baseada na ênfase da cultura e, eles incluíram nesse modelo não só as variáveis relacionadas com a individualidade das raparigas, mas também variáveis contextuais, como por exemplo: nível de relacionamento pessoal; nível de relacionamento social e nível cultural. Ainda, Muehlenhard (2003) defende que as normas sexuais podem mudar, variando não só através da cultura mas também através de períodos históricos em que vivemos. Num estudo levado a cabo por Haavio-Mannila *et al.*, (2001), concluíram que durante o período da “revolução sexual”, as pessoas consentiram menos normas sexuais duplas na Finlândia nos anos 90 comparativamente aos anos 70.

Não obstante, numa revisão de um conjunto de estudo sobre normas sexuais dupla, Crawford e Popp (2003), verificaram que os padrões de comportamentos sexuais eram influenciados por factores situacionais e interpessoais, tais como a idade ou o número de parceiros, e que as pessoas são “construções locais, que diferem através de grupos étnicos e culturais”. No mesmo sentido, Greene e Faulkner (2005), adoptaram a teoria de “Script” para enquadrar o seu estudo assumindo que “as atitudes relativas aos papéis de género são influenciadas pelos contextos sócio-culturais. Para estes autores, esta perspectiva permite a avaliação de como os contextos sócio-culturais influenciam os pensamentos e acções das

peçoas, e que ““Scripts” sexuais referem-se a abstracção acerca da sexualidade da maioria dos indivíduos que poderia ser reconhecida numa cultura em particular”.

Sendo assim, podemos identificar alguns modelos teóricos em que podem ser encaixados o duplo padrão sexual ou as (normas sexuais duplas), como por exemplo: a teoria “Script” como já foi referida anteriormente, a teoria evolucionária e a teoria de aprendizagem social.

Segundo a perspectiva evolucionária, as diferenças de género nos comportamentos sexuais foi desenvolvida através da evolução humana e que está relacionado com as capacidades reprodutivas (Weiderman, 1993). Esta ideia implica que, uma vez que os homens têm uma grande capacidade reprodutiva seria benéfico para eles inseminar tantas mulheres quanto possível, com o objectivo de disseminar os seus genes e maximizar a sobrevivência da sua geração (Oliver & Shibley, 1993; Walsh, 1993). Além disso, Willing (1998) defende o que chamamos de “sexo como instinto primitivo”, quando “os comportamentos sexuais de género foram retratados como unidade instintivas que se desenvolveram em resposta aos processos de selecção natural (Milnes, 2004), e consequentemente este discurso traz a naturalização da promiscuidade masculina e da monogamia feminina.

Para Milnes (2004), o discurso evolucionário assume que a sexualidade masculina é como “uma estimulação sexual incontrolável, sem vergonha e que precisa de demonstrar as suas potencialidade e virilidade” enquanto a sexualidade feminina é desenhada como sendo ligada com objectivos reprodutivos, sendo a “ motivação para o sexo é mais o desejo para reproduzir, do que propriamente um desejo activo de ter sexo”. Andersen, *et al.*, (2000), sublinharam que as hormonas femininas estão mais “atentas” a factores sociais e são receptivas a questões culturais. Isto reforça o que foi dito por Baumeister’s (2000), que evidencia que as mulheres têm de dar mais respostas à cultura do que os homens, isto é, como se as mulheres tivessem que agir de acordo com o que a cultura pré-estabelece para elas.

No que concerne á teoria de aprendizagem social, esta afirma que as mulheres são punidas por terem formas permissivas sexuais, sendo estigmatizadas e isoladas, enquanto os homens se tiverem esta permissividade sexual, ou seja, terem vários relacionamentos sexuais, são percebidos como populares, e admirados por se identificarem com estes comportamentos (Oliver & Shibley, 1993).

Esta questão do duplo padrão sexual tem recebido muita atenção por parte dos críticos contemporâneos. Por um lado, Tanenbaun (2000) por exemplo, tem documentado o assédio e a angústia vivido por jovens adolescentes que têm vindo a ser marcadas como “vagabunda” pelos

seus pares, mas também, muitos escritores têm criticado a forma como os *media* ajudam a criar e a reforçar estereótipos negativos das mulheres sexualmente activas, e como estes estereótipos contribuem para a violência contra a classe feminina (Marks & Fraley, 2005). Assim, as mulheres são confrontadas com a dicotomia do duplo padrão sexual em que conseguem ser “puras e virgens” ou “promíscuas e fáceis”, criando uma diferença relativamente às concepções da actividade sexual entre homens e mulheres, conduzindo a consequência importante para as mulheres nomeadamente o comportamento sexual de risco e um menor poder face a negociação do uso de preservativo nas relações (Kelly & Bazzini, 2001).

Grande parte da investigação do passado relativamente ao duplo padrão sexual, não tem diferenciado as atitudes e as avaliações sobre os comportamentos sexuais. Contudo, é de referir que as atitudes em relação ao comportamento sexual podem incluir crenças gerais sobre as normas da cultura, decisões pessoais sobre quando o sexo é admissível, e a adequação percebida de certos comportamentos sexuais. Por sua vez, as avaliações referem às preocupações relativamente às opiniões reais feitas sobre pessoas específicas que praticam a actividade sexual. Ou seja, as atitudes podem surgir independentemente do modo como as pessoas realmente avaliam um ao outro (Michael, & Fraley, 2005). Por esta razão, os resultados que dizem respeito às diferenças atitudinais (ex: as mulheres detêm menos padrões sexuais permissivos do que os homens) como à existência de padrões sexuais podem entrar em conflito com os resultados das avaliações relativamente a outros comportamentos (Michael & Fraley, 2005).

Num estudo realizado por Milhausen e Herld (1999), sobre as atitudes e os comportamentos sexuais das jovens universitárias, verificaram que a maioria das participantes mostrava-se concordante relativamente à existência no contexto social onde vive, de um estilo relacional assente no duplo padrão sexual. A maioria das jovens afirmou que as mulheres que têm muitos parceiros sexuais tendem a ser julgadas mais severamente do que os homens na mesma circunstância. Quer isso dizer que, as mulheres são socialmente mais punidas por terem tido muitos parceiros sexuais, e consequentemente ficam com a sua reputação sexual afectada, contribuindo para que esta classe se torne mais vulnerável.

De uma forma tradicional, numa sociedade onde existe um forte duplo padrão, não é de se esperar a comunicação e negociação do uso de preservativo por parte das mulheres, uma vez que, estas mulheres podem ser julgadas negativamente pelos homens e pela sociedade. Consequentemente as mulheres que são sexualmente assertivas (aquelas que sugerem o uso do preservativo numa relação sexual) correm maior risco de serem discriminadas e julgadas negativamente em comparação com as mulheres mais tradicionais ou mais sexualmente conservadoras (aquelas que não sugerem o uso do preservativo numa relação sexual) (Kelly & Bazzini, 2001). Ainda no que concerne a esta questão de estatuto de diferenças, na maioria das

vezes as mulheres estão em maior desvantagem que os homens quando se trata de tentar negociar os encontros sexuais (Chen, Sepulveda & Segal, 1995, in Kelly & Bazzini, 2001), ou seja, os tradicionais papéis masculino e feminino não advogam a comunicação e negociação sexual associado ao uso do preservativo para as mulheres (Cantania, *et al.*, 1992, in Kelly & Bazzini, 2001). Assim, espera-se que as mulheres exercem um controlo negativo sobre o sexo, por resistirem ou encorajarem avanços sexuais (por homens), mas não lhes darem início (Basow, 1992, in Kelly & Bazzini, 2001). Contudo, estas desigualdades de estatuto sexual e de subserviência aos homens tornam as negociações sobre sexo seguro muito difíceis, tendo em vista que, o diálogo aberto sobre o comportamento sexual encontra-se em contradição com o papel social da mulher. Além disso, as normas sexuais que ditam o que constitui o comportamento sexual apropriado são geralmente exteriorizados, na medida em que as pessoas que violam estas normas são avaliadas mais desfavoravelmente do que aquelas que não o são (Sprecher, McKinney & Orbuch, 1991, in Kelly & Bazzini, 2002).

Alguns autores afirmam que as mulheres estão em desvantagens não só a nível de normas sexuais como também a nível do acesso à saúde (Marton, 2004). Contudo, em termos de género, esta desigualdade é especialmente dramática no que respeita a epidemia de HIV/SIDA. As taxas de infecção por HIV/SIDA estão em ascensão entre mulheres e raparigas em muitas regiões do mundo. Este fenómeno também ocorre em Portugal, onde no ano de 1985 apenas 5,9% dos casos de HIV/SIDA eram novos casos de mulheres, mas em 2005 elas constituíram 40,2% de casos assintomáticos de HIV (relatório do Ricardo Jorge, 2006). A UNAIDS 10 estimou que metade dos casos de infecção por HIV ocorre entre pessoas com a idade inferior a 25 anos e que neste grupo as mulheres jovens estão em maior desvantagem. Além disso, o género tem-se tornado uma importante ferramenta conceptual para a compreensão da evolução de uma epidemia global que é o HIV (Dowsett, 2003).

De acordo com Martlin e Spence (2001), factores severos podem contribuir para o facto de as mulheres serem mais vulneráveis à infecção por HIV do que os homens. Por exemplo, em termos biológico as mulheres tem maior vulnerabilidade para produzir tecidos propícios para o vírus; no que respeita a pressões culturais, sociais e económico (as mulheres são como que impotentes para negociar com o parceiro para terem sexo seguro devido à subordinação ao seu parceiro, à dependência e ou abuso sexual para os homens); os homens expõem-se a aumentar o risco de uma infecção por terem múltiplas parceiras, e depois acaba por transmitir o vírus a sua companheira; as mulheres mais jovens e raparigas são cada vez mais procuradas por homens mais velhos, porque eles acreditam que um homem infectado por HIV livra-se da doença por ter relações sexuais com uma virgem; e por último as mulheres e raparigas tendem a ter o encargo de cuidar de membros de famílias infectados por HIV/SIDA. Com excepção do primeiro factor

que emprega uma perspectiva mais biológica de vulnerabilidade das mulheres para contrair uma infecção, todos os outros factores estão relacionados com a dimensão sociocultural, que faz com que as mulheres sejam as maiores vítimas para contraírem uma infecção.

Segundo um estudo realizado por (Magalhães, *et al.*, 2007), a dependência económica pode ser a base de uma menor probabilidade de negociação com o parceiro para uma vida sexual saudável, isto é, as mulheres economicamente vulneráveis e que se encontram dependentes da contribuição financeira dos seus companheiros, ou que tem medo da reacção dos parceiros têm mais dificuldade de negociação e do uso do preservativo na relação, fazendo com que elas estejam mais sujeitas ou mais vulneráveis a contraírem as doenças sexualmente transmissíveis (DST's).

Doenças Sexualmente Transmissíveis

As doenças sexualmente transmissíveis (DST's), são patologias transmitidas pelo contacto sexual, cuja transmissão é, na maioria das vezes, directa e, só muito raramente se contraem indirectamente por intermédio de objectos que veiculam os seus agentes. Estas doenças têm como fio condutor, além do idêntico modo de transmissão (a maioria unicamente por relação sexual e algumas também por transfusão sanguínea e transmissão transplacentária), um mesmo tratamento (maioritariamente por antibióticos), sendo que a sua prevenção advém do uso do preservativo nas relações sexuais e/ou da higienização genital antes e pós-coital (Carvalho, 2002). As DST's, representam um importante problema de saúde pública, tendo elevados custos socioeconómicos e uma elevada incidência de mortalidade e morbilidade em pessoas jovens. Estas doenças afectam tanto os países industrializados como os países em vias de desenvolvimento, tendo como principal alvo as pessoas com a idade compreendida entre os 15-49 anos, sendo este grupo definido como um grupo que tendem a apresentar maior comportamento de risco (WHO, 2000). Estas patologias são causadas por uma variedade de microrganismo, cada um dos quais com características patológicas distintas, embora partilhando um meio comum de propagação (Mayon-White, 2004)

Com o aparecimento do HIV e da SIDA emergiu um maior alerta para o controlo das DST's, fazendo com que haja uma forte correlação entre a difusão das DST's convencionais e a transmissão do HIV/SIDA, tendo-se evidenciado que as DST's ulcerativas ou não ulcerativas, aumentam o risco da transmissão do HIV por via sexual. Com o surgimento e difusão da infecção por HIV e da SIDA vieram também complicar o tratamento e o controlo de outras doenças sexualmente transmissíveis (OMS, 2001). A explosão contínua de casos de infecção causada por HIV, por exemplo, tem agora produzido um crescente negativo na população e uma maior ruptura nas sociedades de muitas cidades africanas, onde mais de 35% dos jovens adultos

são infectadas e mais de 25% de crianças são órfãs (Wilson, Sande, Henry, Drew, Relman, Steckelberg & Gerberding, 2004). Desta feita, a incapacidade de diagnosticar e tratar as DST's numa fase inicial pode ter como resultado complicações e sequelas graves, incluindo infertilidade, perda fetal, gravidez ectópica, cancro anogenital e morte prematura, bem como infecções em recém-nascidos e lactentes. Estando entre as principais causas de morte em todos os países do mundo, as DST's têm sido de difícil controlo. Contudo, na década de 1990 houve um despertar das atenções com o aparecimento de novas doenças sexualmente transmissíveis, sendo reconhecidas como um problema de maior saúde em todo mundo (Wilson *et al.*, 2004).

Em Portugal, até ao momento, os trabalhos que têm sido realizados prendem-se maioritariamente com o fenómeno da SIDA, apesar de actualmente estarem diagnosticadas cerca de vinte tipos de DST's e constituírem um importante problema de saúde pública, à semelhança do que acontece nos restantes países desenvolvidos (Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares, 2006). Contudo, poucas DST's continuam a ser de notificação obrigatória, parecendo haver um fenómeno de sub-notificação, por parte dos profissionais de saúde portugueses, que contribuem para o desconhecimento da real expressão deste tipo de doenças (Remoaldo, Sousa, Santos & Boas, 2003). Portugal apresenta actualmente, à escala da União Europeia, a maior taxa de cancro do colo do útero (maior incidência e mortalidade), o que por si só, este posicionamento revela um mau funcionamento da educação sexual, visto tratar-se de um tipo de cancro, quase sempre, de origem viral, cuja prevenção se efectiva quando é utilizado o preservativo nas relações sexuais e se realizam exames periódicos de papanicolau (exame de rastreio do cancro do colo do útero) (Coelho *et al.*, 2004, in Ramos *et al.*, 2005). Isto é, as campanhas que foram desenvolvidas para debelar as DST's foram mais direccionadas para a SIDA, fazendo com que as restantes DST's existentes não merecessem até à actualidade idêntica preocupação, devendo ser imputadas as importantes consequências de cariz socioeconómico e do estigma social subjacente à SIDA que não são observados nas restantes doenças (www.eurohiv.org).

Desde tempo remoto que as DST's vêm acometendo a população, sendo que ainda hoje apesar de todos os avanços tecnológicos e científicos estima-se elevada prevalência destas patologias entre indivíduos de ambos os sexos, de diferentes classes sócio-económico-culturais e com diversas práticas sexuais. Contudo, numerosos factores podem estar na base da determinação desta situação, entre os quais, as frequentes mudanças de parceiros sexuais e a falta de orientação adequada para as pessoas trabalharem essas questões, em relação a si e aos outros (Gir, Moriya, Robazzi, Oliveira, Bueno & Machado, 1991). Desta feita, para este estudo seria de todo importante destacar e descrever de uma forma detalhada seis dos principais tipos

de DST's diagnosticadas, em particular: SIDA, HPV, Sífilis, Clamídiase, Gonorreia e Herpes Genital.

No que concerne ao HIV/SIDA, trata-se de uma patologia provocada pelo enfraquecimento do sistema imunitária resultante de uma infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que por sua vez ataca todo o sistema imunológico responsável pela defesa do organismo (Alvarez, 2008). Ou seja, o HIV é um retrovírus que enfraquece a defesa imunitária do corpo destruindo os linfócitos CD4 (células - T). Estes linfócitos constituem um grupo de células brancas do sangue que têm por função ajudar o organismo a se defender contra os ataques das bactérias, vírus e outros agentes através da coordenação do sistema imunológico (Straub, 2002, in Costa, 2006). Esta doença foi identificada pela primeira vez no ano de 1981, onde foi considerada específica da homossexualidade masculina, incidindo-se numa falsa crença de que era uma doença específica e característico dos homossexuais. Contudo, no ano de 1982 foi descoberta o HIV em pessoas não homossexuais, o que fez com que mudassem esta terminologia, concluindo que esta doença não é uma característica dos homossexuais, mas sim, de um grupo muito mais extenso de pessoas (Sá, 2005).

Esta patologia é conhecida como sendo contagiosa, propagando-se através de determinados comportamentos específico, expandindo de uma forma súbita e silenciosa (Ogden, 2004). Deste modo, esta doença tem sido a que mais preocupa a comunidade científica, devido ao aumento catastrófico do número de pessoas infectadas dos diversos grupos socioculturais, étnicos e etários, bem como pela inexistência de uma cura (Sá, 2005). Em Portugal, esta patologia tem vindo a agravar-se nos últimos anos, e segundo o relatório Ricardo Jorge, em 2008 encontravam-se notificados cerca de 34.888 casos de infecção por HIV/SIDA. Ainda segundo este relatório a forma mais comum de infecção por HIV/SIDA ocorre em indivíduos consumidores de drogas endovenosas constituindo 42,5% (14.835/34.888) de todas as notificações. No que concerne ao número de casos associados à infecção por transmissão sexual heterossexual representa o segundo grupo com 40,0% dos registos e a transmissão sexual "homossexual masculino" representa 12,3% dos casos e as restantes formas de transmissão corresponde a 5,2% do total. É de referir que os casos de infecção por HIV/SIDA através de transmissão sexual heterossexual apresentam uma tendência evolutiva crescente, o que faz com que Portugal esteja num lugar cimeiro entre os jovens europeus infectados pelo vírus do VIH/SIDA (Matos, 2008). Embora sendo uma doença relativamente recente, o vírus do VIH/SIDA tornou-se rapidamente uma das maiores ameaças à saúde e desenvolvimento humano em muitos países do mundo, especialmente nos países africanos em que desde os anos de 2002 tem havido um acréscimo considerável dos números relativos à infecção por via heterossexual (Frade, 2006b, in Matos, 2008). Segundo Gaspar *et al.*, 2006 a epidemia SIDA

não é apenas um fenómeno biomédico, mas também psicossocial e cultural onde o comportamento individual, mais especificamente a falta de comportamentos de prevenção, aumenta a propagação da doença.

Relativamente ao Papilomavírus Humano (HPV), trata-se de um vírus não cultivável do grupo papilomavírus e é a causa da maioria das lesões servicais intra-epiteliais (Dôres, Taromaru, Bonomi, Filho, Gilli, Matsubara, & Focchi, 2006). Contudo, esta provoca as verrugas genitais que são indolores e muitas vezes não resultam em complicações graves, excepto quando causa obstruções em especial nas mulheres grávidas e quando está associado ao aparecimento de cancro genitais (OMS, 2005). Nas mulheres grávidas as verrugas ou condilomas pode crescer, aponto de contaminar o feto e muitas vezes obrigando a realização de uma cesariana (Costa, 2006). Entretanto, nenhum tratamento até a actualidade é totalmente eficaz (OMS, 2005). O carcinoma cervical precoce é na maior parte dos casos assintomático. Pode estar associado a uma leucorreia vaginal aquosa e/ou coitorragias ou metrorragias intermitentes, em que na sua fase precoce frequentemente não é reconhecida pelas doentes. O carcinoma do colo do útero constitui, a nível mundial um problema maior de saúde pública (Queiroz, Pessoa & Sousa, 2005). O HPV é considerado uma das DST's mais prevalente em todo o mundo, com uma incidência global anual a atingir os 371.000 novos casos e a mortalidade atinge os 190.000 casos anuais. Assim, este constitui o 3º cancro mais comum nas mulheres a nível mundial. Entretanto, 78% dos casos ocorrem em países em vias de desenvolvimento, onde é a 2ª causa mais frequente de morte por cancro. Em Portugal ocorrem cerca de 900 novos casos por ano, dos quais 87.8% são carcinomas epidermóides e 11.4% adenocarcinomas, tipo histológico que tem vindo a aumentar consideravelmente (OMS, 2005).

No que respeita à Sífilis é de referir que é uma doença de carácter sistémica desde que se manifesta, e é causada essencialmente por bactéria *treponema pallidum* (T Pallidum). Contudo em termos de classificação, esta patologia pode ser classificada como congénita (transmitida de mãe para filho), ou adquirido (por via sexual ou por contacto directo com sangue contaminado). Porém, a sífilis adquirida divide-se em sífilis inicial e tardia, em que a primeira abrange as fases latentes primárias e secundárias e a sífilis tardia refere-se à sífilis latente tardia, gomatosa e neurológica. Assim, a diferença entre a sífilis latente inicial e tardia está assente no tempo de duração de manifestação dos sintomas, ou seja, a sífilis latente inicial não tem nenhuma manifestação clínica antes dos dois primeiros anos de infecção, enquanto que numa infecção com mais de dois anos e que do mesmo modo não apresenta manifestações clínicas de infecção por treponemas é classificada como sífilis latente tardia (OMS, 2005). No que concerne às manifestações sintomáticas, esta patologia na sua fase inicial manifesta-se através de feridas indolores num período de duas ou três semanas após o contacto sexual com uma

pessoa infectada, que normalmente tendem a desaparecer mesmo sem tratamento. Entretanto, se esta não foi tratada na sua fase inicial, pode manifestar-se meses depois através de manchas vermelha na pele, mal-estar e febre. Posteriormente, numa fase mais avançada esta doença manifesta-se através de tumores na pele de consistência mole, eliminando uma secreção amarelada e espessa ao romperem-se (Costa, 2006). É de referir que após a segunda guerra mundial no Reino Unido houve um aumento significativo de novos casos (20.000 casos por ano). Contudo, com o início de tratamento com base na penicilina houve uma diminuição da incidência, passando a registar-se cerca de 1000 casos novos por ano. Entretanto, actualmente regista-se cerca de 1500 casos novos anualmente, destacando um aumento significativo nas pessoas do sexo masculino (Mason, 2005).

No que concerne à Clamídia/Clamidiase é de referir que esta patologia é causada por fungos (*candida albicans*), que manifesta-se através de corrimento branco leitoso e espesso, comichão intensa, irritação da vulva e vagina, podendo causar nas mulheres dores durante a relação sexual e ao urinar, do mesmo modo que nos homens manifesta-se através de dor ao urinar e raramente o aparecimento de um corrimento esbranquiçado (Costa, 2006). No Reino Unido, o número de novos casos diagnosticados tem vindo a aumentar regularmente todos os anos, desde meados dos anos 90, e é actualmente a DST mais comumente diagnosticada. Entre 2004 e 2005, o número de casos confirmados de clamídia aumentou 5%, de 104.733 para 109.958. Contudo, as mulheres sexualmente activas com menos de 25 anos têm 1 em 10 hipóteses de ter clamídia, e os homens com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos têm um risco maior de ficarem infectados (Mason, 2005). Entretanto, esta patologia pode evoluir para uma doença inflamatória pélvica, atingindo todo o trato genital superior, podendo levar à infecção crónica, à gravidez ectópica ou à infertilidade (Costa, 2006). É difícil determinar se a infecção por clamídia re-emergiram nos últimos tempos, tendo em consideração que o aparente aumento dos casos notificados poderiam ser explicados pelo anterior sub-diagnósticos e melhorias nos casos diagnosticados. A relação entre infecção por clamídia, inflamação pélvica e infertilidade aumentou significativamente nas mulheres. Entretanto, se não fosse o aumento da gonorreia e sífilis, haveria dúvidas acerca do real aumento das taxas de infecção por clamídia. No entanto há uma maior incidência da taxa da infecção por clamídia genital nas mulheres do que nos homens, em contraste com o que acontece no caso da gonorreia e sífilis (Mayon-White, 2004).

No que toca à Gonorreia, esta patologia é causada por bactéria (*neisseria gonorrhoeae*), que manifesta-se através de corrimento amarelado, ardência ao urinar e inflamação da garganta e ânus nos homens, e nas mulheres manifesta-se através de corrimento pela uretra e vagina, dores no baixo-ventre, cólicas e febre, podendo consequentemente causar a esterilidade e

possível cegueira no recém-nascido (Costa, 2006). Na última década a incidência de gonorreia duplicou no Reino Unido, contudo, é nos homossexuais do sexo masculino que se regista maior incidência (aproximadamente 1/5 dos novos casos). Nos homens a maior incidência ocorre entre os 25-34 anos, enquanto que nas mulheres este pico acontece mais cedo, por volta dos 16-20 anos (Mason, 2005). Historicamente o número de casos de gonorreia foi maior do que os níveis actuais, com picos de mais de 40.000 casos por ano, durante a Segunda Guerra Mundial. O ponto comum associado com estes anteriormente foi a reemergências de alterações sociais, contudo, agora o desafio é identificar com precisão, de modo a alterar, os factores que causaram o recente aumento na incidência. No entanto, um dos primeiros passos para ver isto é ver se o aumento ocorreu em algum grupo de pessoas mais do que outro (Mayon-White, 2004). Tendo em conta o impacto da epidemia do HIV entre homens homossexuais na década de 1980, a taxa de infecção por gonorreia entre os homens homossexuais tem sido estudada com interesse. Cerca de um quinto dos casos de gonorreia são do sexo masculino em homens que têm relações sexuais com homens. O ressurgimento da gonorreia pode ser explicado pelas viagens que, provavelmente desempenham um papel na disseminação da resistência anti-microbiana em todo mundo, e as férias são momentos de maior actividade sexual com diferentes parceiros (*Idem*, 2004).

O Herpes Genital é uma infecção causada pelos vírus *simplex* do herpes tipo 2 (HSV2). Desta feita, ainda não se conhece uma cura para esta patologia mas a evolução dos sintomas pode ser alterado, desde que se inicie um tratamento o mais cedo possível após a manifestação de sintomas. Contudo, esta infecção pode ser transmitida de mãe para filho durante o parto, em caso do parto vaginal, em mulheres infectadas com herpes genital primário, põe o bebé em risco de ser contaminado por herpes neonatal (OMS, 2005). Entretanto, esta doença facilita o aparecimento do cancro do colo do útero, e se aparecer nos primeiros meses de gravidez, aumenta o risco de aborto (Costa, 2006). Uma vez a pessoa infectada pelo vírus, ele permanece latente para sempre, residindo na raiz nervosa e só ocasionalmente os sintomas reaparecem (OMS, 2005).

Comportamento Sexual de Risco

Na sociedade actual as relações sexuais tendem a começar cada vez mais cedo, o que implica por exemplo, um aumento do número de parceiros sexuais, a probabilidade de maior incidência de gravidez na adolescência e um maior risco de ser contaminados com as doenças sexualmente transmissíveis, particularmente o vírus HIV/SIDA. Deste modo, o risco de contrair uma DST representa um dos riscos com maior significado para a saúde e para o bem-estar das

peessoas em particular dos jovens (Costa, 2006). Contudo, a primeira experiência de relação sexual é um acontecimento importante na vida dos adolescentes e jovens marcando a vida dos mesmos. O início da vida sexual, assim como muitos comportamentos que ocorrem na adolescência e juventude, é afectada por factores individuais e sociais, sendo de particular importância o género, pois, são muito distintas as normas e prescrições sociais relativamente à idade do início da vida sexual, assim como são diferentes os sentidos sociais atribuídos a ser sexualmente activo enquanto homem e mulher (Moreira & Joarez, 2003). Em Portugal, os rapazes relatam iniciar a sua vida sexual mais precocemente e ter mais parceiras sexuais que as raparigas. Em contrapartida, a taxa de virgindade é mais acentuada nas raparigas (Alferes, 1997; Vasconcelos, 1998, in Nogueira, Saavedra & Costa, 2008).

A susceptibilidade à infecção devido a razões biológicas, pressões culturais, sociais e socioeconómicas, fazem com que as mulheres tenham maior vulnerabilidade de contrair a SIDA e outras DST's, pois, elas têm um menor poder de negociação quanto ao sexo seguro, subjacente a situação de subordinação, dependência, abuso sexual e violência. Desta feita, segundo Nogueira e colaboradores 2008, as mudanças de atitudes perante o sexo e a sexualidade, em particular da heterossexualidade das mulheres durante o século XIX e XX, têm vindo a ser descrita de duas maneiras: por um lado, como sendo um processo evolutivo, através do qual o controlo e a regulação da sexualidade foram paulatinamente substituídos por uma ideologia mais progressista e liberal, encarando a sexualidade com base numa escolha individual e na autonomia, por outro lado, é considerado como um processo revolucionário através do qual o estado e o controlo social da sexualidade foram derrotados pelas feministas e pelos revolucionários sexuais, gerando uma sociedade na qual a liberdade sexual foi permitida crescer e desenvolver.

Os adolescentes e jovens têm sido classificados como um potencial grupo de risco, nomeadamente pelos seus comportamentos sexuais, como por exemplo: o início precoce das relações sexuais, o uso inconsistente ou a não utilização do preservativo nas relações sexuais, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros (Centers for Disease Control and Prevention, 2000; DiClemente *et al.*, 2001), contribuindo assim para que o estatuto de risco dos adolescentes e jovens adultos aumentam, devido não só aos factores apresentados, como também a presença de alguns factos de riscos frequentemente denotado neste grupo, entre elas, os padrões de actividade sexual, as mudanças anatómicas e fisiológicas e o abuso de drogas (Hien, 1987; Vilaça & Cruz, 1996, in Cruz, Vilaça, Sousa, Gomes, Melo, Araújo, Dias, Freitas, & Ruivo, 1997). Nos EUA os comportamentos de risco considerado desde os anos de 1978 abrangem desde actividade sexual anal, a utilização de drogas injectáveis com troca de seringas não esterilizadas, relações sexuais

anais ou vaginais homossexuais ou heterossexuais desprotegidas, passando por, relações sexuais casuais frequentes, e relações com trabalhadores comerciais de sexo (Costa, 2008).

Contudo, alguns grupos de adolescentes e jovens apresentam maior vulnerabilidade para os comportamentos de riscos, nomeadamente os jovens oriundos de grupos étnico-culturais minoritários, pela peculiaridade das pressões a que estão sujeitos como por exemplo: aculturação, discriminação, racismo, desenraizamento, intolerância, preconceito, entre outros, podem apresentar tendência para uma maior prevalência de comportamentos de risco. Ora, os jovens de origem africana apresentam situações associadas aos estilos de vida que envolvem risco, tais como, frequente proveniência de famílias de baixo nível socioeconómico e educacional, de famílias monoparentais para além de pressões específicas (Carlson, Uppal, & Prosser, 2000; Frasilho, 1996; Matos *et al.*, 2003; Roberts, Phinney, Masse, & Romero, 1999, in Gaspar *et al.*, 2006). Entretanto, para além dos tradicionais grupos de alto risco (homossexuais e consumidores de drogas intra-venosas), outros grupos de pessoas poderão estar em risco muitas vezes sem se aperceberem ou sem terem consciência disto ou ainda porque ignoram os avisos relativamente aos riscos. É o caso dos adolescentes e jovens adultos que são considerados grupos de risco porque estão a tornar-se sexualmente activos e porque as investigações sugerem que estes grupos não tomam as devidas precauções relacionadas com os comportamentos de risco contra a gravidez e as DST's (Baum & Nessewllhof, 1988, in Cruz, *et al.*, 1997). Assim sendo, no que concerne aos dados relativos ao HIV/SIDA nas mulheres, é de referir que actualmente mais de 17 milhões de mulheres vivem com HIV, representando cerca de 50% de população mundial afectada pela doença, sendo que mais de 60% estão concentrados na África Sub-Sahariana (CVEDT, 2003, in Nogueira, Saavedra & Costa, 2008). Contudo, é de salientar que as DST's não são um problema puramente médico, pois traz consigo muitas questões ligadas à cultura que devem, não apenas serem respeitadas, como também, avaliadas e trabalhadas na sua essência, como por exemplo a cidadania, a sexualidade, o medo, os preconceitos, o género, a política social e económica de cada país (Strazza, 1999). Assim, com o diagnóstico da situação do HIV/SIDA foi criado nos Estados Unidos uma aproximação preventiva à epidemia da SIDA, ou seja, a noção da vulnerabilidade que estabelece uma síntese com conceitos a respeito de política-social e institucional, comportamentos de indivíduos, grupos e nações suscetíveis à infecção do vírus HIV.

Esta noção de vulnerabilidade não visa somente àqueles que estão em risco, através dos seus comportamentos, de se expor à SIDA, mas sim todos os indivíduos com características individuais e sociais do seu quotidiano capazes de se conduzirem à situações já conhecidas como por exemplo, transmissão sexual, uso de drogas, transfusão sanguínea e transmissão vertical (Ayres, 2002). Dentre esses aspectos da vulnerabilidade às DST's em particular à SIDA ligados

à população jovem, destaque-se, primeiramente, a sexualidade apresentada por estes jovens que é aqui entendida como uma construção cultural, onde o exercício da sexualidade implica em aprendizados e possibilidades sociais concretas de conceitos e atitudes que varia de grupo para grupo em diferentes países. Por exemplo, ser ou não ser homossexual nos Estados Unidos, implica uma maior probabilidade de ter conhecimento se a pessoa está ou não vulnerável ao vírus HIV, pois o activo e o passivo demonstra uma maior possibilidade aos padrões de práticas sexuais com relação estreita à epidemia da SIDA (Ayres, 2002). Contudo, o comportamento sexual é visto por um lado, como um problema de interacção, por outro lado, também coloca o problema na esfera da saúde do indivíduo (Ogden, 1999, in Costa, 2006).

OBJECTIVOS DO ESTUDO

O presente estudo tem como objectivo geral, por um lado, verificar a relação entre o duplo padrão sexual e o conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis nos estudantes africanos em Braga. Por outro lado, pretende-se verificar se a maior ou menor aceitação do duplo padrão sexual influencia no maior ou menor conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis. Por último, levando em consideração que na sociedade africana a existência da poligamia e do duplo padrão sexual é muito frequente, ambiciona-se verificar se o facto desta população se encontrar num contexto sócio-cultural diferente, e pelo facto de serem estudantes universitários, influencie de algum modo a existência do duplo padrão sexual. Relativamente às hipóteses iniciais subjacentes a este estudo espera-se que: a) quanto maior a presença do duplo padrão sexual, maior o comportamento de risco para a infecção pelas DST's; b) quanto maior a presença do duplo padrão sexual, menor o nível de conhecimento das DST's; e c) quanto maior o duplo padrão sexual, menor o envolvimento em comportamento de prevenção.

MÉTODO

Amostra - Participantes

Conforme indicado no Quadro 1, a amostra do presente estudo é constituída por 107 estudantes universitários provenientes de PALOP, de ambos os sexos (64 do sexo feminino, 43 do sexo masculino), com as idades compreendidas entre os 17 e os 30 anos ($M = 21.2$; $DP = 2.8$). Relativamente á naturalidade dos participantes, é de referir que a esmagadora maioria (96,3%) é de nacionalidade cabo-verdiana, seguida de S. Tomé (1,9%) e os outros países

(0.9%). Todos os estudantes frequentam diversos anos de oito cursos da Universidade do Minho e da Universidade Católica Portuguesa de Braga (Psicologia, TIC, CS, Sociologia, Direito, RI, MCC e Economia).

Quadro 1. Características Demográficas da Amostra

Variáveis	N	%	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	107		21.2	2.8	17	30
Sexo						
Feminino	64	59.9				
Masculino	43	40.1				
Universidade						
U. Minho	35	32.7				
U. Católica	72	67.3				
Curso						
Psicologia	14	13.1				
TIC	37	34.6				
CS	24	22.4				
Sociologia	4	3.7				
Direito	11	10.3				
RI	4	3.7				
MCC	11	10.3				
Economia	2	1.9				
Naturalidade						
Cabo Verde	103	96.3				
Angola	1	0.90				
Guiné	1	0.90				
S. Tomé	2	1.90				

Procedimentos

Inicialmente para a recolha da amostra foram contactados os estudantes (nas respectivas residências universitárias) com o intuito de explicar os objectivos e a relevância do estudo, e solicitar as suas participações, assegurando-lhes a total confidencialidade/anonimato dos dados. Após os seus consentimentos seriam distribuídos os questionários. É de referir que, os participantes foram contactados individualmente (aqueles que vivem no apartamento) e em

grupo (aqueles que vivem na residência universitária). Relativamente aos participantes que vivem no apartamento os questionários foram entregues e devolvidos à investigadora no dia seguinte devido a dificuldade de acesso. Quanto aos participantes que vivem na residência universitária, os questionários foram preenchidos e entregues num período médio de vinte minutos.

Instrumentos e Medidas

No presente estudo foi utilizado um Questionário cuja primeira parte é constituída por um conjunto de perguntas que avaliam dados demográficos, vivências e experiências sexuais, contendo, entre outras, questões como: a idade, sexo, naturalidade, o curso, a idade da primeira relação sexual, o número de parceiros sexual até ao presente, a estabilidade da relação e duração da relação. Paralelamente, este Questionário geral incluía dois instrumentos adicionais. O primeiro é a “Escala de Duplo Padrão Sexual – EDPS” (*“The Sexual Double Standard Questionnaire”*) (Muehlenhard & Quackenbush, 1996), traduzido e adaptado para língua portuguesa por Nogueira (2007). Este instrumento é constituído por 26 itens que são pontuados numa escala tipo Likert que inclui quatro opções de resposta, em que varia desde 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). A escala é constituída por 6 itens individuais que comparam atitudes face aos comportamentos sexuais de homens e mulheres no mesmo item, como por exemplo: “Fica pior a uma mulher ter relações sexuais com muitos parceiros do que a um homem”; e “Penso que tanto o homem, como a mulher deveriam ser virgens quando casam”. Paralelamente, engloba 20 questões em que temos pares de itens, que avaliam o comportamento sexual adequado para homem e mulher. Exemplo de itens: “É melhor um rapaz perder a virgindade antes dos 20 anos”; “É melhor uma rapariga perder virgindade antes dos 20 anos”; e “Acho mal uma mulher ter tido muitos parceiros sexuais”. O score total é calculado através do somatório das respostas dos seis itens individuais e a diferença do score dos 10 pares de itens. Em suma, este instrumento avalia e pretende medir o comportamento e atitude sexual mais adequada para homens e mulheres (ex. idade da primeira relação sexual; número de parceiros sexuais; estabilidade da relação; julgamento subjectivo do sujeito sobre o grau de aprovação ou desaprovação por parte da sociedade ou da generalidade das pessoas).

Os resultados obtidos na escala podem variar dos -30 aos 48, sendo que o primeiro valor (-30) corresponde a uma maior aceitação de liberdade sexual para as mulheres comparativamente aos homens. O valor 48 denota uma aceitação do duplo padrão sexual tradicional, isto é, há uma maior aceitação da liberdade sexual para os homens comparativamente às mulheres. Por último,

um valor 0 significa a não existência de uma perspectiva de duplo padrão em função de nenhum dos sexos.

Um segundo instrumento utilizado foi o “Questionários de Avaliação de Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis” (QC-DST) (“*The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire*”) (STD-KQ; Jaworski & Carey, 2006, 2007), traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Cruz e Nogueira (2007). Este instrumento consiste num inventário de auto-resposta constituída por 27 itens, onde cada um dos quais inclui três opções de respostas: Verdadeiro (V), Falso (F) ou Não Sei (NS). O instrumento tem como objectivo avaliar o conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis no que respeita ao conhecimento da causa, da cura e do conhecimento em geral acerca das DST’s. Ou seja, avalia o nível de conhecimento sobre a transmissão (sexo vaginal / anal / oral, produtos sanguíneos, mãe-filho), não transmissão (saliva, picadas de insectos, tocar alguém, partilhar alimentos), estratégias eficazes de redução de risco (preservativo masculino/feminino, e teste de anti-corpos de SIDA), estratégias ineficazes de redução de risco (lavar-se a seguir às relações sexuais, tomar a pílula, vacinas), métodos preventivos e consequências da infecção (período assintomático, tratamento, evoluir da doença), em seis DST’s: Herpes Genital, Clamídiase/Clamídia, Gonorreia, HIV/SIDA, HPV e Hepatite B. Este instrumento contém questões como por exemplo: “Ter sexo anal aumenta o risco de uma pessoa contrair o Hepatite B”; ou ainda, “O mesmo vírus causa todas as doenças sexualmente transmissíveis”. Assim sendo, este instrumento permite obter um “score” total de conhecimentos constituído pela soma dos itens respondidos correctamente, podendo assim variar entre um valor mínimo de 0 e um máximo de 27, correspondente ao número total de respostas correctas no conhecimento da DST’s (as respostas “não sei”, para efeitos de cálculo deste score, são cotadas como incorrectas). Refira-se que num dos estudos de validação deste instrumento os autores encontraram dois factores que podem constituir-se como duas sub-escalas do QC-DST: a) conhecimentos relacionados com a causa / cura; e b) conhecimentos em geral acerca das DST’s. Apesar do seu desenvolvimento recente, o QC-DST constitui uma das medidas válida e compreensiva no conhecimento acerca das DST’s, com particular utilidade para a “ identificação de “deficits” de conhecimento, medida do conhecimento para teste de hipóteses teóricas, avaliação de programas de redução do risco e avaliação da resposta ao tratamento em contextos de investigação e aplicados” (Jaworski & Carey, 2007, p. 557).

RESULTADOS

Para a análise estatística dos dados recolhidos, recorreu-se a alguns procedimentos estatísticos disponíveis no programa SPSS – versão 17, entre os quais as estatísticas descritivas, testes Qui-Quadrado, o teste t de *Student*, o teste de correlação de Pearson, análises de variância (ANOVA) e análises de regressão.

Relativamente às experiências e vivências sexuais dos estudantes africanos, o Quadro 2 apresenta as respectivas estatísticas descritivas. Assim, para o total da amostra, a primeira relação sexual ocorreu em média aos 16.28 anos (DP = 1.92), sendo aos 15.01 anos para o sexo masculino e aos 17.08 para o sexo feminino. Todos os participantes já deram início à sua vida sexual, e actualmente todos declaram ter parceiro sexual, variando este número entre 1 e 5 parceiros, para o sexo masculino, e tendo o sexo feminino em média um único parceiro. Quanto ao número de parceiros sexuais tidos até ao presente, eles referem um número significativamente maior (M = 6.98), comparativamente ao sexo feminino (M = 2.02). No que concerne à estabilidade de parceiro sexual, 81.25% dos participantes do sexo feminino declaram ter um parceiro estável, enquanto que apenas 34.88% do sexo masculino declaram estar envolvidos numa relação estável. Na análise da duração da relação, 32,7% dos participantes estavam envolvidos na relação há menos de seis meses, 30,8% entre seis meses e um ano, 22,4% entre um e dois anos e, por último, 14,0% já estavam envolvidos há mais de dois anos.

Quadro 2. Vivências (Comportamentos e Práticas) Sexuais

Variáveis	N	%	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade da 1ª relação sexual						
Masculino			15.1	2.0	9	19
Feminino			17.8	1.2	13	21
Com quem vive em tempo de aulas						
Amigos	29	27.1				
Colegas	58	54.2				
Sozinho	12	11.2				
Namorado	4	3.7				
Família	4	3.7				
Número de parceiros sexual actualmente						
Masculino			1.42	0.76	1	5
Feminino			1.00	0.00	1	1
Total						

	107		1.17	.52		
Número de parceiros sexual até ao presente						
Masculino			6.98	4.91	1	24
Feminino			2.08	1.34	1	9
- 1 Parceiro (a)	28	26.2				
- 2 Parceiros (as)	23	21.5				
- 3 Parceiros (as)	19	17.8				
- 4 Ou mais parceiros (as)	37	34.2				
Total	107		4,04	4.06		
Estabilidade da Relação						
Masculino	43					
Sim	15	34.88				
Não	28	65.12				
Feminino	64					
Sim	52	81.25				
Não	12	18.75				
Duração da relação						
Menos 6 meses	35	32,7				
7 Meses a 1 ano	33	30.8				
1 a 2 anos	24	22,4				
Mais de 2 anos	15	14.0				
Frequência de consultas de planeamento familiar						
Masculino (N = 43)		40.10				
Sim	3	6.97				
Não	40	93.03				
Feminino (N = 64)		49.90				
Sim	35	54.68				
Não	29	45.32				
Orientação sexual						
Homossexual	1	0.90				
Heterossexual	106	99.1				
Mudanças da vivência sexual com a estadia na Universidade						
Sim	48	44.9				
Não	59	55.1				

O Quadro 3 indica de uma forma mais detalhada as percentagens da frequência de consultas de planeamento familiar em função do sexo, onde se pode verificar que uma percentagem muito reduzida de participantes do sexo masculino frequenta as consultas de planeamento (6.97%) enquanto, por outro lado, a maioria dos participantes do sexo feminino frequenta a consulta (54.68%). Também pode-se verificar que, em termos gerais, mais de metade dos participantes deste estudo não frequenta a consulta de planeamento familiar (64.5%). Verificou-se uma diferença significativa entre ambos os sexos relativamente à frequência de consultas de planeamento familiar ($X^2 (1) = 25.5$, $p < .001$). Ou seja, os participantes de sexo feminino tendem a frequentar mais as consultas de planeamento familiar.

Quadro 3. Diferenças na Frequência de Consulta Familiar em Função do Sexo

Variável	Feminino		Masculino		Total	
Frequência de consultas de planeamento familiar	N	%	N	%	N	%
Sim	35	54.68	3	6.97	38	35.5
Não	29	45.32	40	93.03	69	64.5
Total	64	100	43	100	107	100

Como se pode ver também no Quadro 4, também em termos da estabilidade de parceiros, ela é mais evidente no sexo feminino comparativamente ao sexo masculino. Ou seja, 81.25% dos participantes do sexo feminino afirmam estar envolvidos numa relação considerada estável (mínimo de 6 meses), enquanto que, apenas 34.88% dos participantes do sexo masculino afirmam estar numa relação estável. Em termos gerais a percentagem de jovens que afirmam estar implicados numa relação considerada estável é superior. Existe igualmente uma relação positiva significativa entre o sexo dos participantes e a estabilidade das relações ($X^2 (1) = 23.6$, $p < .001$). Isto é, há mais raparigas envolvidas numa relação estável em comparação aos rapazes.

Quadro 4. Diferenças na Estabilidade da Relação (Parceiro(a)) em Função do Sexo

Variável	Feminino		Masculino		Total	
Parceiro estável	N	%	N	%	N	%
Sim	52	81.25	15	34.88	67	62.6
Não	12	18.75	28	65.12	40	37.4
Total	64	100	43	100	107	100

O Quadro 5 demonstra-nos que em termos de número de parceiros sexuais até ao presente, uma percentagem muito reduzida (26.2%) dos participantes declaram ter tido um único parceiro sexual. Do mesmo modo, uma percentagem algo preocupante (mais de 50%), atendendo à faixa etária, relata ter tido 3, 4 ou mais parceiros sexuais.

Quadro 5. Frequência de Comportamentos e Práticas Sexuais

Variável	N	Frequência	%
Número de parceiros sexuais até ao presente	1	28	26.2
	2	23	21.5
	3	19	17.8
	4 ou mais	37	34.2

Paralelamente, procurou-se analisar, de forma preliminar e exploratória, a estrutura factorial e/ou outros indicadores psicométricos (fidelidade) das versões traduzidas e adaptadas dos instrumentos usados. No que se refere à “Escala de Duplo Padrão Sexual” recorreu-se à análise da sua estrutura factorial e ao cálculo do coeficiente de fidelidade (ver Quadro 6). Com o objectivo de verificar a validade deste instrumento realizou-se uma análise de componentes principais, seguida de uma rotação varimax. Tendo em consideração que a escala original é unidimensional, procedeu-se a uma análise de componentes, seguida de uma rotação varimax a um componente. Os pressupostos que permitiram esta análise foram cumpridos na medida em que o KMO é de .71 e que o Bartlett’s Test of Sphericity é significativo ($p < .001$). Sendo assim, desta ACP foi extraído um componente que explica 18.7% de variância. Para avaliar a fidelidade do instrumento procedeu-se ainda ao cálculo do alfa de *Cronbach* para o total da

escala, tendo sido obtido um “*alpha*” de .57. Dada a natureza exploratória deste estudo um tal valor foi considerado como minimamente aceitável.

Quadro 6 . Estrutura factorial da “Escala do Duplo - Padrão Sexual”

	Saturação
	Unifactorial
Item1: Fica pior a uma mulher ter relações sexuais com muitos parceiros do que a um homem.	,580
Item2: O ideal é um rapaz perder a virgindade antes dos 20 anos.	,646
Item3: Acho bem que uma mulher tenha mais do que um parceiro sexual durante o mesmo período de tempo.	,241
Item4: Penso que tanto o homem, como a mulher deveriam ser virgens quando casam.	-,296
Item5: Acho bem que tanto uma rapariga como um rapaz de 16 anos tenham relações sexuais.	-,056
Item6: Tenho uma certa admiração por uma rapariga que tenha tido vários parceiros sexuais.	,255
Item7: Tenho uma certa pena de uma mulher que seja virgem aos 21 anos.	,482
Item8: Para mim, o “sexo ocasional” é tão aceitável numa mulher como num homem.	-,346
Item9: Acho bem que um homem tenha relações sexuais com uma mulher pela qual não está apaixonado.	,671
Item10: Tenho uma certa admiração por um rapaz que tenha tido várias parceiras sexuais.	,527
Item11: É chocante/ agressivo que uma mulher tenha iniciativa sexual.	,336
Item12: Acho bem que um homem tenha mais do que uma parceira sexual durante o mesmo período de tempo.	,686
Item13: Ponho em causa o carácter de uma mulher que tenha tido muitos parceiros sexuais.	,347
Item14: Admiro um homem que seja virgem até ao casamento.	-,467
Item15: O marido deve ser sexualmente mais experiente do que a sua esposa.	,465
Item16: Uma rapariga que tenha relações sexuais no primeiro encontro é uma rapariga “fácil”.	-,001
Item17: Tenho uma certa pena de um homem que seja virgem aos 21 anos.	,725
Item18: Ponho em causa o carácter de um homem que tenha tido muitas	-,480

parceiras sexuais.	
Item19: As mulheres são naturalmente mais monogâmicas (com tendência a ficar com um só parceiro) do que os homens.	,132
Item20: Um homem deveria ter experiência sexual quando casa.	,433
Item21: Um rapaz que tenha relações sexuais no primeiro encontro é um rapaz “fácil”.	-,469
Item22: Acho bem que uma mulher tenha relações sexuais com um homem pelo qual não está apaixonada.	,339
Item23: Uma mulher deveria ter experiência sexual quando casa.	,232
Item24: O ideal é uma rapariga perder a virgindade antes dos 20 anos.	,564
Item25: Admiro uma mulher que seja virgem até ao casamento.	,087
Item26: É chocante/ agressivo que um homem tenha iniciativa sexual.	-,008

Quanto à “Escala de Conhecimentos das DST’s”, dado o facto de ser a primeira vez que foi usada no nosso país, mas também tendo em conta a natureza exploratória do presente estudo, o facto de se tratar de um instrumento para avaliar o nível de conhecimento, e a especificidade cultural dos participantes, procedeu-se apenas à análise da distribuição dos itens (respostas correctas e incorrectas) e ao cálculo preliminar da fidelidade da escala total (KR .74).

O Quadro 7 que se segue apresenta uma descrição detalhada das percentagens de respostas correctas para cada item do questionário do Conhecimento das DST’s dos estudantes de comunidade PALOP em Braga. Os resultados evidenciam que os estudantes africanos têm “deficits” claros e um baixo conhecimento das DST’s, tendo obtido uma percentagem muito baixa comparativamente às percentagens obtidas nos estudos realizados nos EUA. Como se pode verificar os ítems 1, 4, 7, 11, foram os que registaram uma maior frequência de respostas correctas. Pelo contrário, os ítems em que os participantes revelaram maior desconhecimento foram os ítems 2, 13, 17, 19, 22, 27. Este Quadro permite ainda visualizar e analisar comparativamente os resultados da presente amostra (PALOP) com os obtidos no estudo original com estudantes universitários nos EUA (Jaworski & Carey, 2006).

Por sua vez, o Quadro 8 apresenta as estatísticas descritivas relativas ao nível de aceitação do duplo padrão sexual e do conhecimento das DST’s. Como se pode verificar o valor médio encontrado no duplo padrão aponta para uma maior aceitação para os homens, enquanto os valores médios obtidos nos conhecimentos das DST’s ficam bastante aquém dos 50% de respostas correctas (score >13). Do mesmo modo, considerando os valores médios e os

“deficits” de conhecimento, eles são mais claros ao nível das causas/cura, do que dos conhecimentos em geral acerca das DST’s.

Apresentam-se ainda os gráficos que descrevem detalhadamente as frequências, a média e o desvio padrão das respostas dos participantes no que respeita à Escala do Duplo Padrão Sexual e ao conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis em três “scores” ou dimensões (conhecimento das causas/curas; conhecimento geral; e conhecimento total das DST’s). Nestes Gráficos pode-se constatar, em primeiro lugar, que a frequência do score mais elevado obtido pelos participantes é de 40, que evidencia a opção de um duplo padrão sexual tradicional, dando aos homens uma maior liberdade sexual comparativamente às mulheres.

No que respeita ao conhecimento das DST’s verifica-se que em média os participantes demonstraram um baixo nível global de conhecimento das DST’s. Do mesmo modo, nas duas dimensões de avaliação das DST’s (causa/cura e conhecimento geral), os participantes obtiveram em média scores muito baixos, comparativamente a outros estudos similares realizados nos EUA.

Quadro 7. Estatísticas Descritivas do Duplo Padrão Sexual e do Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis

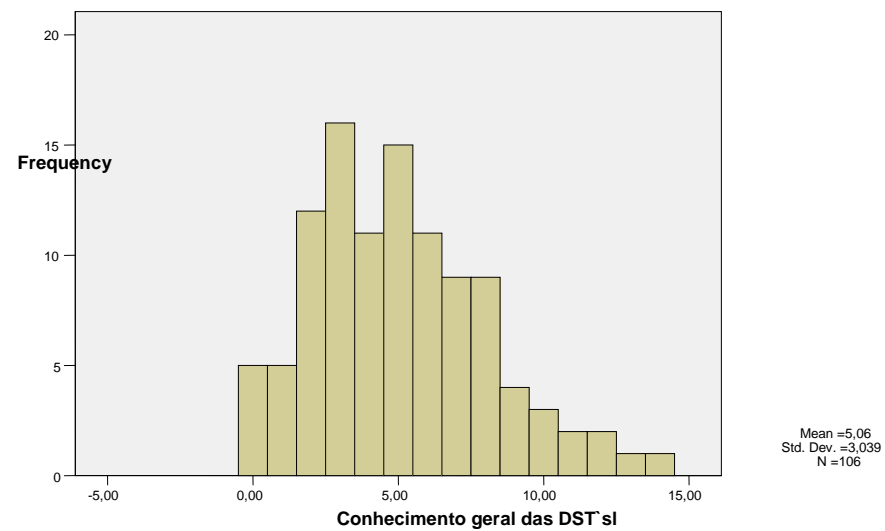
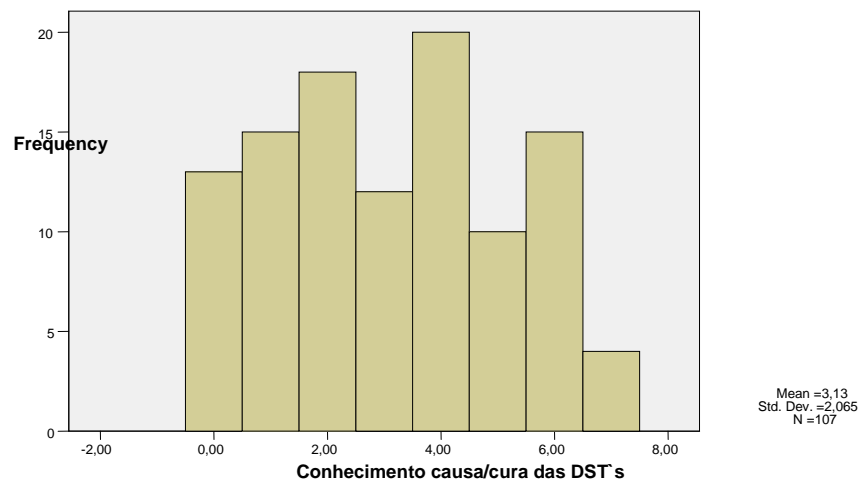
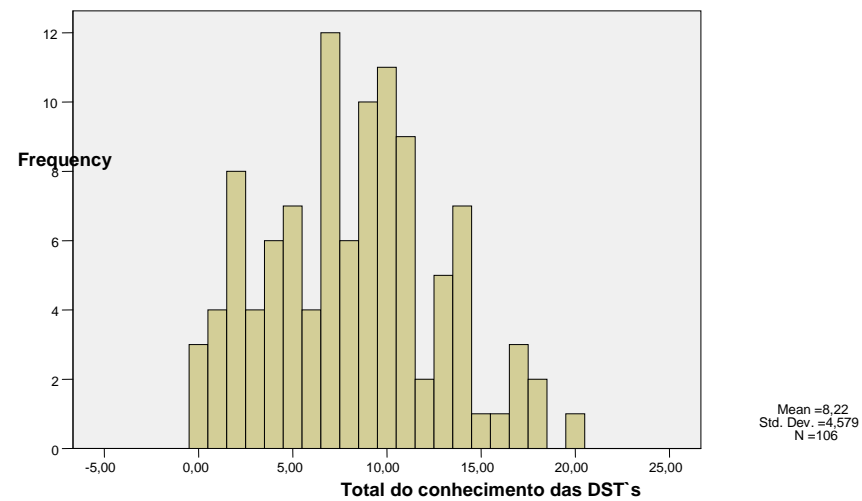
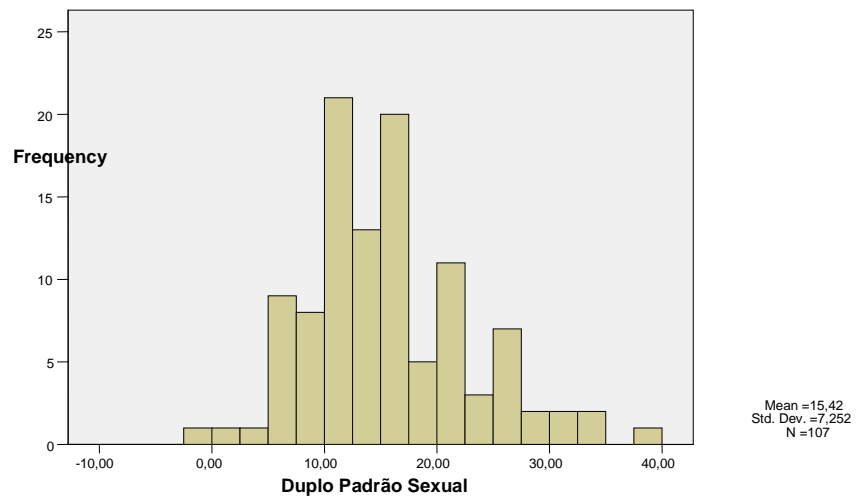
Variáveis	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
DPS	107	15.42	7.25	-2.00	40.00
Conhec. Causa/cura	107	3.13	2.06	0.00	7.00
Conhec. Geral	107	5.05	3.03	0.00	14.00
Conhec. Total DST’s	107	8.22	4.57	0 00	20.00

Os Quadros 9 a 11 apresentam os resultados das análises de correlação (separadas em função do sexo e para a amostra total) entre o nível de aceitação do DPS, o conhecimento das DST’s, a idade dos participantes e a idade da primeira relação sexual. No sexo feminino (Quadro 9) os dados sugerem que existe uma correlação positiva significativa entre o conhecimento das DST’s e a idade dos participantes do sexo feminino, ou seja, um maior conhecimento das DST’s está positivamente associado a um aumento da idade das estudantes. Por sua vez, o Quadro 10 indica que nos participantes do sexo masculino existem uma esperada

relação positiva significativa entre o conhecimento geral das DST`s e o conhecimento da causa e cura. E por outro lado, existem uma relação marginalmente significativa entre a idade dos participantes e a aceitação do duplo padrão sexual, ou seja, quanto mais velhos, maior parece ser o nível de aceitação do duplo padrão nos estudantes do sexo masculino.

Quadro 8. Análise Comparativa da Percentagem de Respostas Correctas ao Questionário de Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (PALOP/EUA)

Item	PALOP EUA		ITEM
1	53.3	77.4	- O Herpes Genital é causado pelo mesmo vírus que o VIH
2	5.6	87.6	- As infeções urinárias frequentes podem causar a infeção genital Clamídiase.
3	44.9	72.9	- Existe uma cura para a Gonorreia.
4	50.5	87.6	- É mais fácil contrair o VIH se uma pessoa tiver outra DST.
5	39.3	95.0	- O Papilomavírus ou Vírus do Papiloma Humano (HPV) é causado pelo mesmo vírus que causa o VIH.
6	15.9	2.0	- Ter sexo anal aumenta o risco de uma pessoa contrair Hepatite B.
7	53.3	75.5	- Logo após a infeção com o VIH uma pessoa desenvolve ferida ou lesões visíveis nos seus órgãos genitais (pénis ou vagina).
8	17.8	67.6	- Existe uma cura para Clamídiase.
9	25.2	78.0	- Uma mulher que tem Herpes Genital pode transmitir (“passar”) a infeção ao seu bebé durante o parto.
10	26.2	84.0	- Uma mulher pode olhar para o seu corpo e dizer se tem Gonorreia.
11	57.9	72.9	- O mesmo vírus causa todas as DST.
12	19.6	74.3	- O Papilomavírus Humano (HPV) pode causar verrugas genitais (condiloma).
13	8.4	50.0	- O uso de um preservativo em “pele” natural pode proteger uma pessoa de apanhar o HIV.
14	30.8	76.0	- O Papilomavírus ou Vírus do Papiloma Humano (HPV) pode provocar cancro na mulher.
15	17.8	45.3	- Um homem tem que ter sexo vaginal para apanhar verrugas genitais (condiloma).
16	37.4	45.0	- As DST's podem originar problemas de saúde que são geralmente mais sérios para o homem do que para a mulher.
17	9.3	69.7	- Uma mulher pode dizer que tem infeção genital Clamídiase se ela tiver (sentir) um odor com cheiro desagradável na sua vagina.
18	48.6	60.3	- Se uma pessoa tiver teste positivo para o VIH, esse teste pode dizer em que grau ou medida uma pessoa pode ficar doente.
19	8.4	87.0	- Existe uma vacina disponível para evitar ou prevenir uma pessoa de “apanhar” ou contrair a Gonorreia.
20	34.6	76.7	- Pelo modo como se sente do corpo uma mulher pode dizer se tem uma DST.
21	22.4	78.0	- Uma pessoa que tem Herpes Genital tem que ter lesões visíveis para transmitir a infeção ao seu ou sua parceiro(a) sexual.
22	10.3	87.2	- Existe uma vacina que previne e evita que uma pessoa contraia a infeção Clamídiase.
23	15.9	75.2	- Um homem pode dizer se tem Hepatite B pelo modo como o seu corpo se sente.
24	46.7	81.0	- Se uma pessoa tiver tido Gonorreia no passado está imune (protegida) de apanhar outra vez.
25	43.9	95.0	- O Papilomavírus ou Vírus do Papiloma Humano (HPV) pode causar o VIH.
26	26.2	67.5	- Um homem pode proteger-se a si próprio de vir a ter verrugas genitais (condiloma), lavando os seus órgãos genitais após ter feito sexo.
27	1.9	44.0	- Existe uma vacina que pode proteger uma pessoa de contrair a Hepatite B.



Considerando a amostra total, como ilustra o Quadro 11 existe uma correlação altamente positiva e significativa entre o conhecimento das causas/curas e o conhecimento em geral das DST's. No entanto, na amostra total, não são evidentes relações significativas entre o conhecimento das DST's e as outras variáveis em estudo.

Estes dados traduzem assim alguma especificidade associada ao sexo no padrão de intercorrelações entre as variáveis. Um caso claro, é o das correlações positivas emergentes entre DPS e conhecimento das DST's que são evidentes no sexo masculino, mas não no sexo feminino (nem na amostra total). Como a diferente direcção que toma a relação entre DPS e idade nos diferentes sexos (negativa nas mulheres e positiva nos homens).

Quadro 9. Correlações entre as Variáveis em Estudo para o Sexo Feminino

Feminino	1	2	3	4	5	6
1 – EDPS	–	.07	.06	.06	-.27+	.02
2 – Total Conhecimento DST			.86**	.93**	.27*	.01
3 – Conhecimento DST – causa/cura				.62**	.15	.19
4 – Conhecimento DST – Geral					.31*	.09
5- Idade dos participantes						.04
6 – Idade da primeira relação sexual						–

* p<.05

** p<.01

Quadro 10. Correlações entre as Variáveis em Estudo para o Sexo Masculino

Masculino	1	2	3	4	5	6
1 – EDPS	–	.28+	.26+	.28+	-.03	.07
2 – Total Conhecimento DST			.81**	.93**	-.16	.11
3 – Conhecimento DST – causa/cura				.56**	-.04	.21
4 – Conhecimento DST – Geral					-.19	.05
5 – Idade dos participantes						.01
6 – Idade da primeira relação sexual						–

* p<.05

** p<.01

+ p<.10

Quadro 11. Correlações entre as Variáveis em Estudo para o Total da Amostra

	1	2	3	4	5	6
1 – EDPS	–	.18+	.17+	.17+	-.09	-.08
2 – Total Conhecimento DST			.84**	.93**	.11	.05
3 - Conhecimento DST – causa/cura				.60**	.09	.09
4 - Conhecimento DST – Geral					.10	.02
5 - Idade dos participantes						-.06
6- Idade da primeira relação sexual						–

*p<.05

** p<.01

+ p<.10

O Quadro 12, permite-nos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de aceitação duplo padrão sexual, e o nível do conhecimento das DST's em função do sexo. Isto é, comparativamente às mulheres, os homens aceitam e consideram que deve haver uma maior liberdade sexual. Do mesmo modo, foram evidentes diferenças entre ambos os sexos no que toca ao nível de conhecimento das DST's (maior nos homens, comparativamente às mulheres).

Em relação às diferenças no conhecimento das DST's em função da frequência de consultas de planeamento familiar, pode-se constatar que existem diferenças significativas: os participantes que frequentam as consultas de planeamento familiar demonstram ter uma menor aceitação do duplo padrão sexual e um maior conhecimento das DST's em comparação aos participantes que não frequentam as consultas de planeamento familiar (ver Quadro 13).

Curiosamente, não se constatarem diferenças significativas no DPS e conhecimentos em função da maior ou menor estabilidade (e duração) das relações (ver Quadro 14). Contudo, apesar de não terem diferenças estatisticamente significativas, verifica-se que os participantes que estão entre os 7 meses e os 2 anos de relações têm uma maior aceitação do duplo padrão sexual tradicional, assim como um maior conhecimento da DST's comparativamente aqueles que estão envolvidos numa relação há mais de 2 anos. Também se verifica que os participantes que estão numa relação há mais de 2 anos têm uma menor aceitação do duplo padrão sexual relativamente aos outros grupos, e um maior conhecimento das DST's em comparação aos dois primeiros grupos.

Quadro 12. Diferenças nas Medidas de DPS e DST`s em Função do Sexo

Variáveis	Grupo		F	Sig
	Masculino M (DP)	Feminino M (DP)		
DPS	17.58 (8.32)	13.96 (6.07)	5.60	.02
Conhec. Causa/Cura	3.46 (1.85)	2.90 (2.18)	3.40	.06
Conhec. Geral	5.53 (2.93)	4.85 (3.11)	.00	.94
Conhec. Total DST`s	8.90 (4.21)	7.76 (4.78)	1.80	.18

Quadro 13. Diferenças no Duplo Padrão Sexual, Conhecimentos das DST`s em Função da Frequência (ou não) de Consultas de Planejamento Familiar

Variáveis	Frequência de Consultas de Planejamento Familiar			F	Sig
	Sim (38) M (DP)	Não (69) M (DP)	Total (107) M (DP)		
DPS	13.63 (7.10)	16.40 (7.19)	15.42 (7.25)	3.6	.05
Conhecimento das DST`s	9.27 (4.83)	7.65 (4.36)	8.21 (4.57)	3.0	.08

Quadro 14. Diferenças no Duplo Padrão Sexual e Conhecimento da DST`s em Função da Duração ou do Grau de Estabilidade das Relações

Variáveis	Grupos				Total (N=107) M (DP)	F	Sig
	<6 meses (N=35) M (DP)	7 a 1 ano (N=33) M (DP)	1 a 2 anos (N=24) M (DP)	> 2 anos (N=15) M (DP)			
DPS	15.51 (8.37)	16.12 (6.98)	16.04 (6.29)	12.66 (6.41)	15.42 (7.25)	.88	.45
Con. Causa/Cura	2.77(1.94)	3.06 (2.17)	3.87 (1.98)	2.93 (2.12)	3.13 (2.06)	1.4	.22
Conhec. Geral	4.70 (3.30)	4.78 (2.68)	5.79 (2.46)	5.26 (3.93)	5.05 (3.03)	.72	.54
Co.Total DST`s	7.55 (4.83)	7.84 (4.22)	9.66 (3.97)	8.20 (5.53)	8.21 (4.57)	1.1	.34

Para testar a existência de diferenças nos níveis de DPS e conhecimento em função do número de parceiros sexuais tidos até ao momento, as ANOVA's (ver Quadro 15) realizadas permitiram constatar que os participantes que têm um único parceiro sexual têm significativamente uma menor aceitação do duplo padrão sexual tradicional, ou seja, com uma maior liberdade sexual para os homens. Entretanto, este grupo (1 parceiro sexual) demonstra ter um menor conhecimento das DST's, em todas as dimensões. Outrossim, os participantes que já tiveram 3 ou mais parceiros sexuais evidenciam níveis significativamente mais elevados de aceitação do duplo padrão sexual tradicional, assim como um maior conhecimento das DST's em todas as dimensões avaliadas. Além disso, como mostra o Quadro 16 os participantes que estão numa relação a menos que 1 ano tem maiores níveis de aceitação do duplo padrão tradicional, assim como um menor conhecimento das DST's em todas as dimensões.

Quadro 15. Diferenças no Número de Parceiros Sexuais em Função das Variáveis em Estudo

Variáveis	Grupos			F	Sig
	1 Parceiro (a)	2 Parceiros (as)	3 ou mais Parceiros (as)		
	(N= 28)	(N= 23)	(N= 55)		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
DPS	14.21 (5.80)	13.86 (5.81)	16.66 (8.24)	1.7	.17
Conhecimento Causa/Cura	2.67 (1.90)	2.78 (2.46)	3.50 (1.92)	1.9	.15
Conhecimento Geral	4.67 (2.99)	5.13 (3.84)	5.21 (2.71)	.29	.74
Conhet Total das DST's	7.35 (4.49)	7.91 (6.01)	8.78 (3.90)	.96	.38

Quadro 16. Diferenças na Estabilidade da Relação em Função das Variáveis em Estudo

Variáveis	Grupos		F	Sig
	< 6 meses + 7 meses a 1 ano	1 a 2 anos, > 2 anos		
	(N= 68)	(N= 39)		
	M (PD)	M (DP)		
DPS	15.8 (7.6)	14.7 (6.4)	1.2	.26
Conhecimento Causa/Cura	2.9 (2.0)	3.5 (2.0)	.03	.86
Conhecimento Geral	4.7 (2.9)	5.5 (3.0)	.18	.67
Total Conhecimento das DST's	7.7 (4.5)	9.1 (4.6)	.11	.74

O Quadro 17 demonstra que os participantes que afirmaram que a sua estadia em Braga mudou as suas vivências, apresentaram uma menor aceitação do duplo padrão sexual tradicional, assim como, um menor conhecimento das DST's em todas as dimensões de avaliação. Por sua vez, aqueles cuja estadia em Braga não contribuiu para as suas mudanças, demonstram uma maior aceitação do duplo padrão tradicional e um maior conhecimento das DST's.

Um outro resultado interessante (Quadro 18) ilustra que os participantes que iniciaram a sua vida sexual com a idade compreendida entre os 9 e os 16 anos, têm uma maior aceitação do duplo padrão sexual tradicional e um menor conhecimento das DST's, excepto na dimensão do conhecimento geral, que demonstram ter o mesmo nível de conhecimento comparativamente aqueles que iniciaram a sua vida sexual depois dos 16 anos.

Finalmente, uma última análise envolveu mais especificamente uma análise de regressão múltipla ("stepwise") para identificar qual das variáveis em estudo eram potenciais predictores do número de parceiros sexuais no presente (variável critério). As variáveis que "entraram" na análise foram o DPS e o Conhecimento das DST's. O modelo geral foi significativo e os scores de DPS emergiram como o único predictor significativo: $R=.224$, $R^2=.050$; $F(1, 104) = 5.486$, $p<.02$. Por outras palavras, a maior aceitação do DPS estava associada com uma maior probabilidade de um maior número de parceiros (as) sexuais no presente.

Quadro 17. Diferenças no DPS e Conhecimento em Função de Mudanças da Vivência (Estadia em Braga)

Variáveis	Grupos		F	Sig
	Sim (N=48)	Não (N=59)		
	M (DP)	M (DP)		
DPS	13.8 (6.2)	16.7 (7.8)	4.2	.04
Conhecimento Causa/Cura	2.8 (1.9)	3.4 (2.1)	1.6	.20
Conhecimento Geral	4.5 (2.9)	5.5 (3.1)	.05	.81
Total Conhecimento das DST's	7.3 (4.2)	8.9 (4.7)	.00	.93

**Quadro 18. Diferenças no DPS e Conhecimento em Função
da Idade da Primeira Relação Sexual**

Variáveis	Grupos		F	Sig
	9-16 anos (N = 54) M (DP)	17-30 anos (N = 53) M (DP)		
DPS	16.24 (8.68)	14.58 (5.37)	7.8	.00
Conhecimento Causa/Cura	2.90 (1.80)	3.35 (2.29)	8.6	.00
Conhecimento Geral	5.05 (2.75)	5.05 (3.32)	.44	.50
Total Conhecimento das DST`s	8.01 (4.11)	8.41 (5.03)	2.10	.15

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A modificação do comportamento de risco e o estudo dos factores psicossociais associados a esses comportamentos têm vindo a assumir um papel de grande importância no domínio da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Contudo, tem sido vários os factores nomeadamente de carácter sociais e psicossociais relacionadas com as práticas de comportamentos sexuais de risco, como por exemplo: por um lado, as normas sociais que ditam o comportamento sexual mais indicado para homens e para mulheres, e por outro lado, os factores relacionados com a adopção de comportamentos e estratégias de protecção contra as DST`s e o HIV/SIDA. Ou seja, é o caso entre outros exemplos, do grau do conhecimento das DST`s, e das crenças e normas sociais.

Tendo em atenção que um dos objectivos iniciais deste trabalho é verificar a relação entre a aceitação do duplo padrão sexual e o conhecimento das DST`s, os resultados obtidos apontam para algumas conclusões principais:

1. A existência de uma aceitação do duplo padrão sexual tradicional, em que a sociedade determina e tolera uma maior liberdade sexual para os homens, comparativamente às mulheres. Posto isso, pode-se constatar que, as normas tradicionais de género encorajam as mulheres a serem passivas e os homens a terem iniciativas sexuais.

Contudo, estas diferenças de poderes podem tornar algumas mulheres menos capazes ou mesmo incapazes de levar a cabo uma negociação eficaz, por exemplo, do uso de preservativo numa relação sexual. Entretanto, esta questão do poder e dos papéis de género nas relações heterossexuais emerge como uma barreira importante na redução do risco para as DST`s e está

evidente nas normas sociais que acabam por ditar a monogamia para as mulheres e não para os homens, considerando ainda que os homens possuem um controlo quase absoluto sobre a sexualidade “das mulheres”. Sendo assim, o papel do género torna-se fundamental para compreender as atitudes e os comportamentos sexuais de risco para a saúde.

Assim, algumas investigações têm mostrado que as mulheres tendem a avaliar mais negativamente uma outra mulher, por exemplo, se ela tiver o preservativo antes do acto sexual do que quando realiza o acto sexual sem a protecção (Hynie & Lydon's, 1995, in Saavedra, *et al.*, 2007). Do mesmo modo, consideram mais negativo o comportamento de uma mulher que se previne com o preservativo do que de um homem (Crawford & Popp, 2003). Numa pesquisa realizado por (Milhausen & Herold, 1999, in Marks & Fraley, 2005), com mulheres universitárias, concluíram que 93% concordam que de facto as mulheres são julgadas mais severamente que os homens pelo facto de terem mais parceiros sexuais.

Dados provenientes de investigações que se dedicaram directamente ao estudo da percepção social do duplo padrão sexual (Mark & Miller, 1986; Milhausen & Herold, 1999; Milhausen & Herold, 2001) sugerem que a maior parte dos resultados obtidos aponta para a presença de um duplo padrão sexual ao nível do contexto social. Ou seja, as conclusões alcançadas nas referidas investigações sugerem que a maior parte dos sujeitos que compunham as amostras percepcionavam a presença de uma acentuada divergência entre os dois géneros no plano das orientações normativas que impunham padrões de comportamento sexual assentes no duplo padrão sexual. Assim, as mulheres mais do que os homens são severamente julgadas pelos outros membros da sociedade se a sua conduta sexual ultrapassar as fronteiras da moralidade sexual socialmente estabelecida. Entretanto, se como já vimos anteriormente o duplo padrão sexual indica que a maioria das mulheres procura intimidade, compromisso e amor numa relação e se o ideal de uma relação é a fidelidade e a confiança, então é possível que o recurso ao preservativo por exemplo coloque em risco este padrão.

No mesmo sentido, os resultados indicam que os rapazes tendem a iniciar a sua vida sexual numa idade mais precoce que as raparigas e tendem a ter mais parceiros sexuais em comparação às mulheres, o que vai de encontro ao resultado encontrado num estudo similar realizado em Portugal com estudantes universitários por Magalhães, Chaves, e Nogueira, 2008. Deste modo, num estudo levado a cabo por Marks e Fraley, 2005 concluíram que o duplo padrão sexual existe não só na população tradicional examinada (estudantes universitários), mas também numa população diversa, geralmente não estudada na investigação do duplo padrão, “como é o caso de uma amostra de internet”.

Do mesmo modo, os participantes deste estudo evidenciam de uma forma geral um baixo nível de conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente no que

concerne às causas e às curas. Assim, este resultado com estudantes africanos contraria os resultados encontrados em vários estudos semelhantes levados a cabo em Portugal. Por exemplo, uma investigação realizado por Cruz e colaboradores (1997), com estudantes universitários de distrito de Braga revelou que entre 85% e 98% dos alunos conheciam os meios de transmissão do HIV/SIDA e que 81.1% referia o preservativo como uma boa forma de prevenir o HIV/SIDA. Entretanto, este resultado vai de encontro ao resultado encontrado num estudo similar realizado por Remoaldo e colaboradores (2003), com estudantes do *campus* de Guimarães/Universidade do Minho, que indica que os alunos possuem um nível muito fraco de conhecimento acerca das DST`s.

As análises estatísticas efectuadas evidenciam ainda diferenças significativas no grau de conhecimento das DST`s, em função do sexo. Ou seja, os participantes do sexo masculino demonstram ter um maior conhecimento das DST`s em todas as dimensões de avaliação comparativamente às mulheres, o que pode dever-se ao facto de eles estarem envolvidos com um maior número de parceiros sexuais. Deste modo, pode-se assumir que o conhecimento das DST`s não influencia a aceitação do duplo padrão sexual, o que vem de encontro a vários estudos realizados, que indicam que o nível de conhecimento das DST`s não exerce influência na modificação das atitudes e do comportamento (Cruz *et al.*, 1997; Sá, 2005). Por outro lado, verifica-se que o facto desta população se encontrar num contexto sociocultural diferente e por facto de serem estudantes universitários não influencia a aceitação ou a não-aceitação do duplo padrão sexual, o que vem reforçar o resultado de um estudo realizado por Marks e Fraley, 2005 que indica que o nível de aceitação do duplo padrão sexual pode ser mais fraco entre os estudantes universitários do que entre a população geral, mas que de facto mesmo nesta população existem evidências do duplo padrão.

No que concerne às hipóteses iniciais deste estudo, é de salientar que foram em grande parte confirmadas. Sendo assim, é de referir que a H1 foi confirmada na medida em que, existe uma forte presença do duplo padrão sexual tradicional, assim como, os participantes demonstraram ter pouco envolvimento nas relações estáveis, e uma percentagem muito reduzida referiram ter tido um único parceiro sexual. Relativamente a H2, é de referir que foi refutada no sentido em que, os resultados estatísticos demonstraram que o nível do conhecimento das DST`s não exerce influências na aceitação do duplo padrão sexual e nas mudanças de comportamentos e de atitudes. No que respeita a H3, é de salientar que foi confirmada uma vez que, menos de 50% dos participantes afirmaram frequentar as consultas de planeamento familiar, o que pode ser um indicador de pouco envolvimento no comportamento sexual de protecção.

De um modo geral, estes resultados podem demonstrar como se poderá ganhar uma melhor compreensão acerca dos determinantes da escolha comportamental, recorrendo a

medidas de atitudes e normas sociais baseados nas crenças. Isto porque, pode ajudar na explicação dos comportamentos de prevenção para o HIV/SIDA, e pode ter um impacto importante e evidente para o desenvolvimento de programas de intervenção e prevenção da SIDA e das DST's em geral, junto dos jovens no sentido de os ajudar a envolverem-se em comportamentos benéficos para a sua saúde e não em comportamentos que põe em risco a sua saúde.

2. Relativamente às vivências, comportamentos, atitudes e práticas sexuais, os resultados estatísticos encontrados no presente estudo apontam para o destaque de alguns aspectos importantes como por exemplo: o número de parceiros sexuais até ao presente, em que podemos constatar que uma percentagem muito reduzida dos participantes (26.2%), estiveram envolvidos com um único parceiro sexual. Do mesmo modo, evidencia uma percentagem mais elevada dos rapazes a fazer referência que estão envolvidos com mais de uma parceira sexual do que as raparigas, o que também é habitual encontrar-se, não tendo havido referência a mais de um parceiro sexual no presente entre o sexo feminino neste estudo, o que vai de encontro ao resultado encontrado num estudo levado a cabo por Alvarez, 2005. Assim, este estudo parece confirmar a prática de poligamia num grupo considerável de estudantes heterossexuais que se envolvem em relações sexuais com vários parceiros. Um dado pertinente a este propósito, tem a ver com o facto de menos de metade dos sujeitos desta amostra, afirmarem estar envolvidos numa relação amorosa há um ano ou mais. Dados semelhantes foram encontrados num estudo realizado com estudantes universitários portugueses, levado a cabo por Cruz e colaboradores (1997), que indica uma reduzida percentagem dos participantes envolvidos numa relação há um ano ou mais. Por outro lado, e no que respeita a frequência de consultas de planeamento familiar, mais de 50% dos participantes e na sua maioria do sexo masculino não frequentam esta consulta. E isto pode dever-se à questão social e de atribuição de papéis, ou seja, de quem é a responsabilidade de prevenir-se? (homens ou mulheres?).

Assim, de entre os factores psicossociais mais estudados pela investigação, pode-se destacar o grau do conhecimento das DST's em particular do HIV/SIDA (meios de transmissão e estratégias de prevenção/protecção) (ver Vilaça, 2006). Isto quer dizer que, a modificação dos comportamentos de risco e o estudo dos factores psicossociais associados a tais comportamentos têm vindo a assumir um papel central no domínio da prevenção do VIH/SIDA. Com efeito, têm sido vários os factores psicossociais relacionados com as práticas de risco, e com a adopção de comportamentos e estratégias de protecção contra a infecção por VIH/SIDA. É o caso, por exemplo, de variáveis como o grau de conhecimento acerca das DST's, as crenças e normas sociais partilhadas pelo grupo de pares e outros significativos, as atitudes favoráveis ou desfavoráveis relativamente a comportamentos de prevenção e protecção, a percepção de controlo e de eficácia pessoal na execução de comportamentos preventivos e as percepções

relativamente aos custos e benefícios dos comportamentos de risco ou preventivos (Cruz & Vilaça, 1996; Cruz *et al.*, 1997; DiClemente, 1992).

Paralelamente, a população de adolescentes e jovens adultos tem vindo a assumir uma preeminência crescente enquanto população - alvo das campanhas de informação e prevenção das DST's (Vilaça, 2006). A este facto, não é alheia a reduzida mudanças de comportamentos e a forte resistência a essas campanhas, que ocorre e que é característica nesta faixa etária. Daí que, o presente estudo tenha também centrado a sua atenção nesta população. Paralelamente aos jovens adultos procurou-se também focalizar a investigação numa população específica, com padrões comportamentais, sexuais e sociais também muito específicos (estudantes africanos). Ainda no que respeita às práticas e comportamentos sexuais dos participantes, parece relevante destacar alguns dados preocupantes, como por exemplo:

- A elevada percentagem dos participantes sexualmente activos que tiveram mais de um parceiro sexual nos últimos 6 meses;
- A elevada percentagem (37.4%) dos participantes predominantemente do sexo masculino que afirmaram estar envolvidos numa relação instável;
- A percentagem assinalável de início precoce de práticas sexuais, com 15 ou menos anos de idade (nomeadamente nos homens, mais de 25%);
- A elevada percentagem (64.5%) dos jovens na sua maioria do sexo masculino que não frequentam a consulta de planeamento familiar;
- O facto de os participantes demonstrarem um baixo nível de conhecimentos das DST's, em particular das causas e das curas;
- A reduzida percentagem (26.2%) dos participantes que afirmaram ter tido envolvimento sexual com um único parceiro até ao presente.

De um modo geral, os resultados encontrados neste estudo relativamente aos comportamentos e práticas sexuais são convergentes com os resultados encontrados em estudos anteriores realizados em Portugal e nos estrangeiros juntos dos jovens estudantes universitários (Cruz *et al.*, 1997; Cardoso, 1999; Sá, 2005; Marks & Fraley, 2005).

Um outro aspecto importante é o facto de não ter sido encontrado qualquer relação significativa entre o nível de conhecimento das DST's e as restantes variáveis de natureza comportamental ou atitudinal. Contudo, este dado é idêntico aos resultados encontrados em vários estudos levado a cabo em vários países incluindo Portugal. Estes estudos sugerem que o conhecimento e a informação acerca das DST's e do HIV/SIDA parece ser um preditor pouco

fiável dos comportamentos e atitudes preventivos (Cruz *et al.*, 1997; Cardoso, 1999; Sá, 2005; Cano *et al.*, 2007).

Apesar das limitações metodológicas, característico de um estudo de carácter/*design* transversal, os dados obtidos relativamente aos comportamentos e práticas sexuais vão de encontro aos encontrados em estudos anteriores realizados em Portugal com os jovens estudantes universitários (Cardoso, 1999; Cruz *et al.*, 1997; Sá, 2005; Nogueira *et al.*, 2008). E no que concerne aos conhecimentos das DST's, os dados indicam que a população-alvo deste estudo possui um menor conhecimento das DST's comparativamente aos estudos semelhantes realizados em Portugal.

Em suma, os dados recolhidos no presente estudo e os resultados estatísticos encontrados, parecem revelar-se de uma importância fundamental para a intervenção e prevenção das DST's em particular do HIV/SIDA. Assim, este estudo parece evidenciar a potencial ineficácia de programas de prevenção das DST's, centrados único e exclusivamente na transmissão de conhecimentos, assim como, a falta de validade do grau de conhecimentos como sendo um único indicador da eficácia dos programas de prevenção e mudanças de atitudes e comportamentos. Ou seja, uma vez mais, este resultado parece vir evidenciar a ineficácia de programas de acções preventivas baseadas quase exclusivamente na mera transmissão e aquisição de conhecimento das DST's e do HIV/SIDA. E por outro lado, podemos dizer que a presente investigação contribuiu para alargar a compreensão sobre os padrões de comportamento sexual pré-marital, e em particular sobre a hipótese do duplo padrão sexual. Do mesmo modo, considera-se que estudos desta natureza poderão também ter um impacto sobre os programas de educação sexual e sua implementação prática junto dos jovens, que deverá ser ponderada face às novas realidades descoberto pelos estudos empíricos.

Com base nas conclusões obtidas, não podemos deixar de reconhecer que, no estudo do duplo padrão sexual, a avaliação concomitante da percepção dos participantes relativamente à existência de um duplo padrão sexual a nível social e do nível de aceitação ou rejeição pessoal do duplo padrão sexual constitui uma mais-valia, uma vez que os inquiridos podem eventualmente perceber a presença de julgamentos sociais que vão no sentido de um duplo padrão sexual “mas não aprovarem a existência desse duplo padrão sexual no contexto social”, e simultaneamente podem realizar julgamentos pessoais que vão ao encontro de um outro tipo de padrão sexual (Milhausen & Herold, 2001).

REFERÊNCIAS

- Ayres, J. (2002). Educational Practices and the Prevention of VIH/AIDS: Lessons learned and current challenges. *Interface: Comunicação, saúde, educação*, 6, 11, 11-24.
- Andersen, L., Cyranowski, M., & Aarestad, S. (2000). Beyond Artificial, Sex-linked Distinctions to Conceptualize Female Sexuality: Comment on baumeister (2000). *Psychological Bulletin*, 126, 380-384.
- Alvarez, M. (2005). *Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco: O guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Dinalivro. Audil.
- Alves, M. (2003). Sexualidade e Prevenção de DST/AIDS: Representações sociais de homens rurais de um município da zona da Mata Pernambucana (Brasil, Rio de Janeiro). *Cadernos de Saúde Pública*, 19, Supli.2
- Aubrey, J. (2004). Sex and Punishment. An Examination of Sexual Consequences and the Sexual Double Standard in Teen Programming. *Sex Roles*, 50, Nos. 7/8.
- Bastos, F., Cunha, C., & Hacker, M. (2005). Sinais e Sintomas Associados às Doenças Sexualmente Transmissíveis no Brasil. *Saúde Pública*, 42, Supli.1 São Paulo.
- Cano, M., Zaia, J., Neves, F., & Neves, L. (2007). O Conhecimento dos Jovens Universitários Sobre AIDS e Sua Prevenção. *Revista Electrónica da Enfermagem*, 09, n. 03, pp. 748-758. Retirado de <http://www.fen.ufg.br>
- Cardoso, A. (1999). Prevenção Primária da SIDA em Jovens. Avaliação de um Projecto de Prevenção: Conhecimentos, comportamentos e atitudes. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Carey, M., Mrrison-Beedy, D., & Johnson, B. (1997). The HIV-Knowledge Questionnaire: Development and evaluation of a reliable, valid, and practical self-administered questionnaire. *AIDS and Behavior*, 1, nº1.
- Carey, M., & Schoroder, K. (2002). Development and Psychometric Evaluation of the Brief HIV Knowledge Questionnaire (HIV-KQ-18). *AIDS Education and Prevention*, 14, 174-184.
- Carey, M., & Schroder, K. (2002). Development and Psychometric Evaluation of the Brief HIV Knowledge Questionnaire. *AIDS Education and Prevention*, 14 (2), 172-182.
- Carvalho, D. (2002). Doenças Sexualmente Transmissíveis: Mudar comportamentos é a melhor arma. “*Medicina e Saúde*”. Lisboa. pp. 34.

- Centers for Disease Control and Prevention (2000). *CDC Fact Book 2000/2001. Department of Health and Human Services*. Retirado 10 de Dezembro de 2008 da Word Wide Web: www.cdc.gov/maso/factbook/.
- Costa, E. (2006). *Avaliação da Eficácia relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o HIV*. Braga. Universidade do Minho.
- Crawford, M., & Popp, D. (2003). Sexual Double Standards: A review and methodological critique of two decades of research. *Journal of Sex Research*, 40, 13-26
- Cruz, J., Vilaça, M., Sousa, A., Gomes, A., Melo, B., Araújo, M., Dias, C., Freitas, M., & Ruivo, M. (1997). Prevenção do VIH e do SIDA nos Adolescentes e Jovens Adultos: Investigação do conhecimento, atitude e comportamento sexual. *Psicologia. Teoria, Investigação e Prática*, 1997, 2, 279-304.
- Cruz, J. (1999). Conhecimento, Atitudes e Práticas Sexuais dos Estudantes Universitários: Implicações para a prevenção do VIH/SIDA nos jovens. In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, T. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda (Eds), *Educação para a saúde*. Braga: Universidade do Minho.
- DiClemente, J. (1992). Psychological determinants of condom use among adolescents. In R. J. DiClementi (Ed.). *Adolescents and AIDS. A generation in jeopardy*. (pp. 34-51). Newbury Park: Sage.
- Dores, G., Tamoraru, E., Bonomi, C., Filho, A., Gilli, N., Matsubara, S., & Focchi, J. (2006). *Determinação da Infecção do Papilomavírus Humano por Captura Híbrida II: Correlação com achados morfológicos*.
- Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos Sexuais, Conhecimentos e Atitudes Face ao VIH/SIDA em Adolescentes Migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 299-316.
- Gentry, M., & College, H. (1998). The Sexual Double Standard: The influence of number of relationships and level of sexual activity on judgments of women and men. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 505-511.
- Gir, E., Moriya, T., Robazzi, M., Oliveira, M., Bueno, S., & Machado, A. (1991). Sexually Transmitted Diseases: Concept, attitudes and perceptions of dustmen. *Saúde Pública*. 25 n.3, São Paulo.
- Greene, K. & Faulkner, S. (2005). Gender, Belief in the Sexual Double Standard, and Sexual Talk in Heterosexual Dating Relationships. *Sex Roles*, 53, Nos. 3/4.

- Haavio-Mannila, E., Kontula, O., & Kuusi, E. (2001). Trends in Sexual Life Measured by National Sex Surveys in Finland in 1971, 1992, and 1999, and a Comparison to a Sex Survey in St. Petersburg in 1996 (Working papers E 10). Helsinki: *The family federation of finland, the population research institute*.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P. (2009). Departamento de Doenças Infecciosas Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. *Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas*.
- Jaworski, B., & Carey, M. (2006). Development and Psychometric Evaluation of a Self-administered Questionnaire to Measure Knowledge of Sexually Transmitted Diseases. *AIDS and Behavior. AIDS Behav*, 11, 557-574.
- Katz, J., & Farrow, S. (2000). Discrepant Self-Views and Young Women's Sexual and Emotional Adjustment. *Sex Roles*, 42, Nos. 9/10.
- Kelly, J., & Bazzini, D. (2001). Gender, Sexual Experience, and the Sexual Double Standard: Evaluations of female contraceptive behavior. *Sex Roles*, 45, Nos.11/12.
- Magalhães, E., Chaves, S., & Nogueira, C. (2007). *Escala de Duplo Padrão Sexual: Validação e diferenças de género numa população de estudantes universitários portugueses*. Instituto de Educação e Psicologia. Braga. Universidade do Minho.
- Mason, L. (2005). Knowledge of Sexually Transmitted Infections and Sources of Information Amongst Men. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*.
- Mayon-White, R. (2004). Re-emerging Infections: Part 2: Sexually transmitted infections. *Journal of Infection Prevention* 5; 14.
- Marks, M., & Fraley, R. (2005). The Sexual Double Standard: Fact or fiction? *Sex Roles*, 52, Nos.3/4.
- Marks, M., & Fraley, R. (2006). Confirmation Bias and the Sexual Double Standard. *Sex Roles*, 54, Nos. 1/2.
- Mark, M., & Miller, L. (1986). The Effects of Sexual Permissiveness, Target Gender, Subject Gender, and Attitudes Toward Women on Social Perception: In search of double standard. *Sex Roles*, 15 (5/6), 311-322.
- Matos, M. (2008). *“Correr Riscos” e Proteger-se. A saúde dos adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Milhausen, R., & Herold, S. (1999). Does the Sexual Double Standard Still Exist? Perceptions of University Women. *Journal of Sex Research*, 36 (4), 361-368.

- Milhausen, R., & Herold, S. (2001). Reconceptualizing the Sexual Double Standard. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 13 (2), 63-83.
- Milnes, K. (2004). What lies Between Romance and Sexual Equality? A Narrative Study of Young Women's Sexual Experiences. *Sexualities, Evolution & Gender*, 6 (2), 151-170
- Moreira, M., & Juarez, F. (2003). Percepção de Adolescentes Masculinos de Baixa Renda Sobre a Sexualidade. *Trabalho Apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Realizado em Caxambú-MG-Brasil*.
- Muehlenhard, L. (2003). Gender and Sexuality: An introduction to the special issue. *Journal of Sex Research*, 40.
- Nodin, N. (2001). *Os Jovens Portugueses e a Sexualidade em Finais do Século XX*. col. Estudos A.P.F., Lisboa
- Nogueira, C. (2001). Um Novo Olhar Sobre as Relações Sociais de Género: *Feminismo e perspectivas críticas na Psicologia Social*.
- Nogueira, C., Saavedra, L., & Costa, C. (2008). (In) Visibilidade do Género na Sexualidade Juvenil: Proposta para uma nova concepção sobre a educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco. *Pos-Posição*, 19, n.2 (56).
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde. Manual Universitário 11*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliver, M., & Sedikides, C. (1992). Effects of Sexual Permissiveness on Desirability of Partner as a Function of Low and High Commitment to Relationship. *Social Psychology Quarterly*, 55, 321-333.
- OMS (2000). *Estratégia Institucional para o Secretariado da OMS*. Genebra.
- OMS (2002). *Rapport Sur la Santé Dans le Monde "Réduire les Risques et Promouvoir Une Vie Saine"*. Genève.
- OMS (2005). *Orientação para o Tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Genebra, Suíça.
- Paiva, V. (1995). Sexualidade e Género num Trabalho com Adolescentes para Prevenção do HIV/AIDS. AIDS no Brasil. *Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ*, Rio de Janeiro.
- Queiroz, D., Pessoa, S., & Sousa, R. (2005). Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV): Incertezas e desafios. *Actas Pau. Enferm.* 18, Nº 2. São Paulo.
- Ramos, N., Carvalho, C. & Leal, I. (2005). Atitudes e Comportamentos Sexuais de Mulheres Universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. *Análise psicológica*, 2 (XXIII): 173-185.
- Reiss, Ira L. (1956), The Double Standard in Premarital Sexual Intercourse-A Neglected Concept. *Social Forces*, 34, No. 3, 224-230

- Remoaldo, P., Sousa, P., Santos, J., & Boas, M. (2003). *Doenças Sexualmente Transmissíveis – O Retrato dos Estudantes Universitários do Nordeste Português*. Braga: Universidade do Minho
- Sá, S. (2005). *Comportamento, Conhecimento e Atitudes Face ao VIH/SIDA: Estudo com jovens atletas de alta competição*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- Saavedra, L., Magalhães, S., Soares, D., Ferreira, S., & Leitão, F. (2007). Género, Cultura e Sexualidade em Jovens Portugueses: Um programa de educação sexual. IV Congresso Astur-Galaico de Sociologia. Coruña. Área temática 6 – Género y Sexualidad.
- Simões, C., & Matos, M. (2008). *Comportamento de Risco na Adolescência: Factores associados ao início precoce da actividade sexual*.
- Smith, G., Mysak, K., & Michael, S. (2007), Sexual Double Standards and Sexually Transmitted Illnesses: Social rejection and stigmatization of women. *Sex Roles*, 58, 391-401.
- Strazza, L. (1999). *Diferenças de Género e Risco para a Infecção pelo HIV em Adolescentes Internos da Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor de São Paulo*. São Paulo. Faculdade de Medicina.
- Vilaça, M.T. (2006). Acção e competência de acção em educação sexual: Uma investigação com professores e alunos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário. Dissertação de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.
- WHO (2001). *The World Health Report Mental Health: New understanding, new hope*. Geneva. Suíça
- WHO (2000). *Health and Health Behaviour Among Young People. Health Behaviour in Schoolaged Children: A WHO cross-national study (HBSC) international report*. Geneva: WHO.
- Willig, C. (1998). *Constructions of Sexual Activity and Their Implications For Sexual Practice. Journal of Health Psychology*, 13, 383–392
- Wilson, W., Sande, M., Henry, N., Drew, W., Relman, D., Steckelberg, J., & Gerberding, J. (2004). *Doenças Infecciosas: Diagnóstico e tratamento*. pp (21-26). São Paulo: Artmed Editor.

LINKS ADICIONAIS:

<http://www.oms.com>

<http://www.unaids.com>

<http://www.eurohiv.org>

<http://www.fen.ufg.br>